

Dynamische *Dynamic* Psychiatrie *Psychiatry*

Internationale Zeitschrift für Psychiatrie und Psychoanalyse
Herausgegeben von Günter Ammon

Günter Ammon

Auf dem Wege zu einer Psychotherapie der Schizophrenie III

Gustav Hans Graber

Die duale Erlebniseinheit in der analytischen Situation

Imre Hermann

Drei Arten der psychisch-dynamischen Abläufe

Siegfried Zepf

Die Diagnose psychosomatischer Erkrankungen als Problem
des ärztlichen Erkennens

Hilde Bruch

Obesity and Orality



4. Jahrgang

3. Quartal 1971

PINEL-PUBLIKATIONEN BERLIN

12

Dynamische Psychiatrie

Internationale Zeitschrift für Psychiatrie und Psychoanalyse

Organ der Deutschen Akademie für Psychoanalyse e.V. (DAP) und der Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft e. V. (DGG)

4. Jhg., 3. Quartal 1971, Heft 12

Herausgegeben von Günter Ammon

unter Mitarbeit von

N. Ackerman †, New York — R. Barnes, San Antonio — L. Bellak, New York — G. Benedetti, Basel — J. Cremerius, Gießen — Th. Dosužkov, Praha — R. Ekstein, Los Angeles — S. H. Foulkes, London — Th. Freeman, Antrim — A. Garma, Buenos Aires — F. Hacker, Beverly Hills — F. Hansen, Oslo — G. Hidas, Budapest — H. Illing, Los Angeles — I. Jakab, Belmont — M. Khan, London — E. Linnemann, København — A. E. Meyer, Hamburg — G. Murphy, Washington — S. Nacht †, Paris — W. Schulte, Tübingen — H. Searles, Chevy Chase — E. Servadio, Roma — V. Smirnoff, Paris — J. Sutherland, Edinburgh — V. Tähkä, Helsinki — E. Weigert, Chevy Chase — W. Th. Winkler, Gütersloh — W. Z. Winnik, Jerusalem.

	Seite
<i>Günter Ammon</i> (Berlin)	
Auf dem Wege zu einer Psychotherapie der Schizophrenie III	181
Toward a Psychotherapy of Schizophrenia III	199
<i>Gustav Hans Graber</i> (Bern)	
Die duale Erlebniseinheit in der analytischen Situation	202
The Dualistic Union in the Analytic Experience	212
<i>Imre Hermann</i> (Budapest)	
Drei Arten der psychisch-dynamischen Abläufe	214
Three Kinds of Psycho-Dynamic Processes	226
<i>Siegfried Zepf</i> (Kiel)	
Die Diagnose psychosomatischer Erkrankungen als Problem des ärztlichen Erkennens	229
The Diagnosis of Psychosomatic Diseases as a Cognitive Problem in Medicine	238
<i>Hilde Bruch</i> (Houston)	
Obesity and Orality	241
Fettsucht und Oralität	253
Buchbesprechungen / Book Reviews	258
Liste der eingetroffenen Bücher / Books Received	266
Hinweis	268

Auf dem Wege zu einer Psychotherapie der Schizophrenie III

Therapeutische Technik und analytischer Prozeß

Günter Ammon

Im dritten Teil seiner Studie erörtert der Autor Probleme der therapeutischen Technik und des analytischen Prozesses in der Behandlung der schizophren reagierenden Patientin Juanita.

Anhand der Bilder, welche die Patientin im psychotischen Zustand malte und dann in die Therapie brachte, werden die einzelnen Schritte der therapeutischen Arbeit dokumentiert.

Ammon stellt dar, auf welche Weise es gelang, die therapeutische Situation einer ambulanten Psychotherapie zu einem „therapeutischen Milieu“ auszubauen, worin die symbiotisch-psychotische Übertragung der Patientin einerseits akzeptiert, andererseits aber auch mit dem Ziel einer schuldfreien Lösung bearbeitet werden konnte.

Struktur und Dynamik des in der Übertragung sich entfaltenden Symbiosekomplexes werden beschrieben. So tritt die pathogene Dynamik einer ambivalenten double-bind-Situation in den Bildern, in den Träumen und Berichten der Patientin deutlich hervor, und als Kern der schizophrenen Reaktion erscheint die destruktive Symbiose mit einer verfolgenden Mutter, welche dem Kind die eigene Identität verweigert.

Der Autor zeigt, wie es im Rahmen des allmählich entwickelten „therapeutischen Milieus“, der realen Manifestation des therapeutischen Bündnisses, gelang, der Patientin zu einer „correction of emotional experience“ zu verhelfen, und damit dem therapeutischen Prozeß die entscheidende Wende zu geben.

Ammon begreift den hier vorgetragenen therapeutischen Prozeß als eine nachholende Ich-Entwicklung der Patientin und beschreibt, in welcher Weise die therapeutische Technik — insbesondere Art und Dosierung der Interpretation — die Schritte dieser Ich-Entwicklung korrespondierend begleitet.

Im zweiten Teil dieser Arbeit habe ich mit der Darstellung des ersten von drei Behandlungsverläufen begonnen, anhand derer ich zeigen möchte, daß die Schizophrenie als eine Reaktionsbildung auf eine präödpale Störung der Symbiose mit der Mutter verstanden und behandelt werden kann. Ausgehend von dem Lebensbericht der Patientin Juanita, den diese im Laufe ihrer Therapie verfaßte und schließlich ihrem Therapeuten schenkte, habe ich versucht, die Stationen einer solchen pathogenen Symbiose darzustellen. Die Autobiographie Juanitas bot dabei die Gelegenheit, nicht allein die Psychodynamik der Patientin zu studieren, sondern gab darüber hinaus Aufschluß über deren engen Zusammenhang mit der Struktur und der Geschichte ihrer Familiengruppe in einer spezifischen sozialen Situation.

In den Denkstörungen, welche der Bericht an vielen Stellen aufweist, konnten die Spuren der schizophrenen Reaktion dokumentiert werden. Gestützt unter anderem auf die Forschungen von *Bleuler* (1912), *Schilder* (1920; 1930), *Fenichel* (1945), *Rapaport* (1950; 1951) und *Bellak* (1969 a; 1969 b) habe ich versucht, die Genese dieser Denkstörungen, die ich mit

den genannten Autoren als typisch für die Schizophrenie ansehe, aus der Dynamik des Symbiosekomplexes zu erklären.

Im folgenden möchte ich in der Darstellung des therapeutischen Prozesses zeigen, 1. auf welche Weise dieser Symbiosekomplex in der Übertragung sich entfaltete, 2. welche therapeutische Technik es ermöglichte, die außerordentlich ambivalente psychotische Übertragung zu bearbeiten und 3. welche Ergebnisse der analytische Prozeß dieser Therapie für die Erhellung der schizophrenen Reaktion schließlich erbrachte.

Die Patientin kam zu mir in die Therapie mit den Zeichen einer Schizophrenie oder schizophrenen Reaktion paranoiden Typus'.*

Es wurde zum entscheidenden therapeutischen Problem, die symbiotisch-psychotische und dabei destruktiv-ambivalente Übertragung der Patientin, die mit offenen Wahnvorstellungen und von archaischer Angst getrieben zu mir in die Therapie gekommen war, einerseits zu akzeptieren, andererseits aber gleichzeitig daran zu arbeiten, daß die Patientin schuldfrei aus dieser symbiotischen Übertragung wieder heraustreten konnte.

Es war daher nötig, eine therapeutische Situation von großer Flexibilität und Vielfältigkeit herzustellen, die es der Patientin erlaubte, sich möglichst frei zu bewegen und sich auf nonverbaler Ebene vielfältig mitzuteilen und selbst zu erleben. In einer solchen Situation konnte sie ihr Bedürfnis nach der Nähe des Therapeuten wahrnehmen und befriedigen und dabei doch die mit jedem direkten Kontakt verbundene psychotische Angst und deren destruktive Abwehr umgehen.

Die Tatsache, daß die Patientin Malerin war und mit Hilfe ihrer im psychotischen Zustand gemalten Bilder Erfahrungen und Vorstellungen aus ihrer präverbalen Welt in die Therapie bringen konnte, gab mir eine einzigartige Möglichkeit sowohl für die Differenzierung der therapeutischen Situation als auch für die Beobachtung und Kontrolle des nonverbalen therapeutischen Prozesses. Anhand dieser Bilder möchte ich daher versuchen zu zeigen, wie die analytische Therapie der Patientin Juanita verlief.

Die Patientin hatte seit früher Kindheit gemalt und gezeichnet. Es war dies die einzige Tätigkeit gewesen, die ihr von der Mutter ohne Kontrolle gestattet wurde. Dagegen hatte es die Mutter zu verhindern ge-

* Diagnostic and Statistical Manual, Mental Disorders. Herausgegeben von der American Psychiatric Association, 8. Auflage, Washington 1955, Seite 26 f.: „Schizophrenic reaction, paranoid type:

This type of reaction is characterized by autistic, unrealistic thinking, with mental content composed chiefly of delusions of persecution, and/or of grandeur, ideas of reference, and often hallucinations. It is often characterized by unpredictable behaviour, with a fairly constant attitude of hostility and aggression. Excessive religiosity may be present with or without delusions of persecution. There may be an expansive delusional system of omnipotence, genius, or special ability. The systematized paranoid hypochondrical states are included in this group.“

wußte, daß Juanita eine höhere Schule besuchte, obwohl die Patientin, für die die Schule eine Art Refugium darstellte, dies gern getan hätte. Als ihr die Möglichkeit eines Kunststudiums geboten wurde, griff Juanita daher sofort zu, um sich von der Mutter zu befreien. Ihr Studium im Rahmen einer Kunstakademie konnte sie erfolgreich beenden. Sie war begabt und hatte in der Gruppe ihrer nonkonformistischen Kommilitonen Gelegenheit, ein von bürgerlichen Zwängen weitgehend freies Leben zu führen, das ihr viel Raum ließ für Absonderlichkeiten. Ihre Arbeiten aus dieser Zeit zeigen, daß sie in diesem „facilitating environment“ in der Lage war, ihre Fähigkeiten in einer Malerei zu integrieren, die durchaus in gutem Sinne akademisch genannt werden kann (Abb. 1). Während der Zeit ihres Studiums knüpfte Juanita eine Beziehung zu einer älteren Freundin an, die symbiotisch-lesbisch gefärbt war, aber einen offen sexuellen Charakter nicht annahm.

Die Mutter der Patientin besuchte die Tochter in dieser Zeit wiederholt. Sie überhäufte Juanita bei diesen Gelegenheiten mit Vorwürfen, machte ihr Szenen, daß sie die Mutter allein gelassen habe, daß sie in Armut verkommen müsse, usw. Die Tochter wurde durch diese Begegnungen immer tief erschüttert und verfiel jedes Mal in einen Zustand fast völliger Apathie. Ihre schweren Depressionen und ständigen Selbstmordgedanken führten sie schließlich in die Behandlung einer weiblichen Therapeutin, die sehr viel Wärme und Verständnis für die Patientin hatte, und von dieser in einer Art Symbiose als gute Mutter erlebt werden konnte. Aus dieser Zeit stammt ein Bild, welches die Patientin von ihrer Mutter malte. Sie sagte dazu, daß ihre Mutter ein Teufel sei, den sie sich habe von der Seele malen wollen. Sie habe auch Erleichterung gefühlt, nachdem sie das Bild fertiggestellt hatte (Abb. 2).

Aus der Zeit kurz vor Beginn der Behandlung bei mir stammt auch ein Selbstbildnis der Patientin (Abb. 3).

In der Übergangssituation begann Juanita dann, ihre Therapeutin als die drohende und feindselige Mutter wiederzuerleben, und es kam zum Ausbruch einer schizophrenen Reaktion paranoiden Typs, aus der heraus sie zu mir, einem männlichen Therapeuten, flüchtete, der ihr weniger gefährlich erschien.

Die Flucht aus der als zunehmend bedrohlich erlebten psychotischen Übertragung auf die Therapeutin können wir verstehen als Ausdruck ihres gesunden Ich-Anteils.

Ich sah die Patientin zweimal wöchentlich in meiner Praxis zur Einzeltherapie im Sitzen. Sehr bald nach Beginn der Behandlung glitt die Patientin dann wieder in Verwirrheitszustände ab. Sie schwieg lange Zeit während der Sitzungen und war nicht bereit, über ihre Gefühle, ihre Ängste und Konflikte zu berichten. Sie war aber bereit, über die Dinge und Probleme ihres Alltags zu sprechen. Außerhalb der Sitzungen begann

sie dann, sich die Spannungen und Ängste von der Seele zu malen, wie sie sagte. Und diese Bilder brachte sie dann mit in die Therapie. Sie wurden zunächst, ebenso wie die Tagesprobleme der Patientin, nicht gedeutet, sondern als künstlerische Produktionen besprochen. Auf freies Assoziieren wurde weitgehend verzichtet. Auf diese Weise gelang es, allmählich eine therapeutische Beziehung aufzubauen, in der die Patientin später auch ihre angstvoll-symbiotische Übertragung wiedererleben und sie in Form ihrer im psychotischen Zustand gemalten Bilder, später dann zunehmend in Träumen und Briefen, in die Therapie bringen und durcharbeiten konnte.

In dieser symbiotischen Übertragung auf den Therapeuten erschien ihr Konflikt als ein im Kern archaisches Identitätsproblem.

Die Patientin wuchs auf in einem mehrsprachigen Grenzgebiet. Von den Einheimischen mißtrauisch beobachtet und später verfolgt, wurde sie nach der Besetzung durch das faschistische Nachbarland, dessen Sprache sie sprach, ebenfalls nicht akzeptiert, sondern als fremdrassig angesehen und unterdrückt. Ihr Vater wurde zum Staatsfeind erklärt und in einem Konzentrationslager ermordet, ihre Mutter lebte als Prostituierte und Syphiliskranke im Status der Asozialität.

Von den Faschisten deportiert, von der unterdrückten und verfolgten Volksgruppe nicht als dazugehörig anerkannt, von den faschistischen Unterdrückern aber als asozial verachtet, stieß die Patientin überall auf Ablehnung. Die Mutter selbst besaß keine Identität, sondern pendelte labil hin und her. Sie war weder Mutter noch Fischzüchterin, noch Prostituierte, war weder die Tochter ihrer Eltern, noch die Frau ihres Mannes. Sie war von allem ein wenig, im ganzen aber lebte sie menschlich und sozial in einem Niemandsland, in dem sie häufig wechselnde Rollen einnahm.

Diese Mutter brachte der Patientin, die in einer pervertierten Symbiose an sie gefesselt war, einander widersprechende Gefühle entgegen, in denen Liebe und Haß, Zuneigung und sadistische Quälereien nicht voneinander getrennt werden konnten.

Ihren tiefsten Ausdruck fand die Identitätsangst der Patientin in ihren Sterbephantasien. Sie sagte: „Ich wünschte, ich wäre schon sehr alt und hätte endlich den Tod vor mir. Warum habe ich nur das Unglück gehabt, geboren zu werden? Womit habe ich diese Strafe verdient? Habe ich vielleicht in einem früheren Dasein Verbrechen begangen, für die ich nun mit dem Noch-einmal-leben-müssen büßen muß?“

In ihren Träumen erlebte sie immer wieder das Gefühl, als ob sie „irgendwohin in etwas Unbekanntes stürze und immerfort stürze“. Sie träumt, von einer hohen steilen Treppe zu stürzen, so daß alle Knochen in ihr zerbrechen und mit ihren Spitzen in den Körper hineingestoßen werden. Sie träumt, daß sie unendlich langsam und qualvoll stirbt. Dann

berichtet sie einen Traum von einem Sturz in einen Abgrund und sagt: „Der Abgrund war übrigens ein Moor, und ich sah in meiner Todesangst schon die schillernden Blasen aufsteigen“.

Als Moor hatte sie auch die Mutter erlebt, dunkel und unheimlich wie der Golem. In einem Brief an den Therapeuten schreibt sie: „Das Leben kommt mir überhaupt wie ein Moor voller Irrlichter vor, die einen immer wieder locken, bis man aus diesem unseligen Gewirr keinen Ausweg und Rückweg mehr findet — und keinen Weg nach oben“.

Zwei ihrer Bilder, die sie im Zustand tiefster Regression malte, drücken diese Phantasie aus. Auf dem einen Bild (Abb. 4) ist eine sich ringelnde Form in einen schwarz zerfließenden Hintergrund gebettet, ohne daß Figuren hervorträten. Das andere Bild (Abb. 5) zeigt die Mutter als Moor. Lediglich ihre Augen blicken beherrschend und böse hervor und die Patientin liegt als ein zerdrücktes und in Auflösung befindliches blaues Reh darin.

Juanita hatte in ihrer Autobiographie berichtet, daß die Leute, vor denen sie sich auf Geheiß der Mutter verstecken mußte, sie als so „scheu und ängstlich wie ein Reh“ bezeichnet hätten. Sie taucht als dieses blaue Reh, also depersonalisiert und mit einer nicht-menschlichen Identität, in einer ganzen Reihe ihrer Bilder auf. Ebenso wie die bösen Augen ihrer Mutter, die sie häufig im Rücken spürte, sie auf vielen dieser Bilder verfolgen.

Im Gegensatz zu *Freud* (1911) sehe ich den Kern der Psychodynamik bei der Paranoia in der als Verfolgerin erlebten Mutter, auch in der männlichen Paranoia, was in einem späteren Kapitel exemplifiziert werden soll.

Tod und Sterben wurden von der Patientin ambivalent erlebt. Auf der einen Seite sehnte sie den Tod herbei, als Befreiung von der Verfolgung durch die Mutter, als die schließliche Beendigung ihres Lebens, das ihr als ein unendlich langsames und qualvolles Sterben erschien. Auf der anderen Seite aber war es gerade die Auflösung, die sie fürchtete.

Sie sagte: „Ach, ich wünschte, ich wäre ein imprägnierter Eiszapfen. Es wäre alles viel leichter. So aber besteht für mich doch die Gefahr, daß ich eines Tages aufgetaut werde und hoffnungslos im Boden versickere. Und dann lebe ich doch in irgendeiner Form weiter, kann aber nicht wieder Eiszapfen werden“.

Sie sprach häufig von ihrem Gefühl, in einem Eispanser zu leben, in dem es sie zwar fror, der sie aber auch schützte vor der Unzuverlässigkeit und Bosheit der Menschen. Sie sagte: „Es gibt überhaupt keine Sicherheit bei den Menschen. Man muß immer auf der Hut sein, daß einem nicht hinterrücks Schmerz zugefügt wird“.

Jede Annäherung, jede Öffnung einem anderen Menschen gegenüber erlebte sie mit großer Angst. „Es ist so schwer“, sagte sie, „Mensch zu

sein und noch dazu jung zu sein! Alles wäre viel leichter und vielleicht auch froher, wenn man wie eine Maschine leben könnte: sachlich und von Gefühlen verschont“.

In einer ganzen Reihe von Bildern stellte die Patientin sich als ein bedrängtes Wesen dar, das von Ungeheuern bedroht und verfolgt wird. Sie erscheint darauf (Abb. 6) als ein verängstigter kleiner Mensch, der sich die Ohren zuhält, um die Stimmen der ihn umgebenden Wesen nicht hören zu müssen. Diese sind Reptilien und Vögel. Der Therapeut ist darunter als eine Art Magier, der die Patientin beschwört und nach ihr greift.

Auf einem ähnlichen Bild (Abb. 7) sitzen ihre Verfolger um die Patientin herum, die als blaues Reh, durch einen Kreis geschützt, bei einer Tanne liegt. Wir erkennen darin das kleine Gärtchen und die Tanne wieder, die im Lebensbericht der Patientin eine wichtige Rolle spielten.

Gestorben und begraben, also nicht länger existent ist die Patientin auf dem nächsten Bild (Abb. 8). Durch ihren Tod hat sie sich den verfolgenden Ungeheuern entzogen, die auf die Stelle blicken, wo sie begraben ist. Den Therapeuten erlebte die Patientin als einen Götzen und als Dämon. Sie nannte ihn ihren Dämon, Herr Dr. Dämon, Doktor — Vater. In ihren Träumen tauchte er als groß und starr, als riesig und unnahbar auf. In ihren Briefen redete sie ihn an als „steinerne Tempelherr“, bezeichnete ihn als „steinerne ungerührte Statue“ und meinte, „bis jetzt sind Sie doch nur eine Sphinx für mich“.

Auf einem Bild (Abb. 9) erscheint der Therapeut als Tempelgötze auf einem Thron, umgeben von unheimlichen Wesen. Im Vordergrund liegt das blaue Reh, bedroht von einem mächtigen schwarzen Vogel mit einer gespaltenen Zunge. Ein anderes Bild (Abb. 10) zeigt den Therapeuten-Götzen, umgeben von düsterem Stachelgestrüpp, worin das blaue Reh sich verfangen hat. Dieses Bild wurde, als die Patientin es in die Sitzung brachte, von mir zerrissen. Ich sagte ihr, das sei ich nicht und das Bild entspreche nicht der therapeutischen Situation. Die Patientin war erstaunt und betroffen, dann aber auch erleichtert.

Später berichtete sie einen Traum, worin sie ein Schild mit Figuren und Zahlen bemalte: „Zwei goldene Glieder einer Kette oder zwei Ringe schoben sich so übereinander, daß eine in sich geringelte Schlange gebildet wurde, die sich in den Schwanz biß. Rechts stand ebenfalls in goldenen Ziffern eine Jahreszahl. Unten zeichnete ich fünf Figuren hin: einen geschliffenen Stein, der wie ein Gefäß aussah, einen Affen, einen Bären, eine Blume und etwas, das wie ein Hund und Mensch aussah. Alles war in sehr matten, toten Farben gehalten. Dann zeichneten Sie das gleiche, aber in leuchtenden reinen und sehr schönen Farben. Ich wollte immer protestieren, denn Sie veränderten das, was ich gezeichnet hatte, sehr. Aber ich nahm es schließlich doch so hin“.

In diesem Traum erscheint sehr klar, wie die Patientin die Interpretationen des Therapeuten erfuhr. Die trüben Farben werden durch leuchtende und reine Farben ersetzt, die Patientin findet ihre Produktion verändert, nimmt aber doch schließlich als möglich hin, was der Therapeut zu ihr sagt.

Auf einem anderen Bild (Abb. 11) erscheint der Therapeut noch einmal als Götze, diesmal aber grau und groß und weniger puppenhaft und entfernt. Er sitzt auf einer Bank, rundherum Blumen. Das blaue Reh liegt im Dunkel davor. Zu beachten sind die starren, weißen Augen der Figur.

Der Therapeut erscheint auf den Bildern nicht allein als ein unnahbarer Götze oder als ein Magier, der die Patientin beschwört und nach ihr greift. In der Phase der stärksten symbiotischen Übertragung auf den Therapeuten erlebte die Patientin in ihm eine phallische Eisklotzmutter (Abb. 12), die ähnlich starre, weiße Augen hat, wie der von Blumen umgebene Götze. Diese Eisklotzmutter zieht die Patientin, die hier wieder als blaues Reh erscheint, mit der einen Hand zu sich heran, mit der anderen stößt sie sie fort. In diesem Bild ist das, was in der neueren Schizophrenieforschung die double-bind-Situation heißt, und von welcher wir annehmen, daß sie die Struktur der schizophrenmachenden Situation bestimmt, deutlich dargestellt als eine in sich widersprüchliche Bewegung.

Auf einem anderen Bild (Abb. 13) erscheint der Therapeut als ein gefährlicher Eisgötze, der die Patientin, das blaue Reh, zertrampelt.

Diese Bilder zeigen, mit welcher archaischer Angst das Wiedererleben der feindlichen Symbiose für die Patientin in der Übertragung verbunden war. Die Menge der sie verfolgenden Monstren und der dunkle Abgrund der figurlosen Moorbilder sind hier verdichtet zu dem beklemmenden Widerspruch der double-bind-Geste und dem Niederstampfen durch die Eisklotzmutter. Hier erscheint der Kernkonflikt der schizophrenen Reaktion, das Zerrissenwerden und das Zertrampeltwerden des Kindes durch die Mutter.*

Gegen Ende des therapeutischen Prozesses malte sich die Patientin noch einmal als ein blaues Reh (Abb. 14), das jetzt Augen bekommen hatte. Der niedertrampelnde Eisklotzgötze aber ist nun zu einem blauen Bogen geworden, der das Reh schützend überspannt und den Blick freigibt auf leuchtend farbige Blumen im Dämmer eines angedeuteten Waldes.

Indem der Therapeut der Patientin gestattete — und dies drückt das letzte Bild aus — sich aus der Symbiose gefahrlos und ohne Schuldgefühl

* Wie ich an anderer Stelle ausführte, weist der Symbiosekomplex im Gegensatz zum Ödipuskomplex eine vorwiegend archaische, borderlinehafte Syndromatik auf, der eine präödisipale Störung in der frühen Mutter-Kind-Beziehung, während der symbiotischen Phase zugrunde liegt (Ammon 1969a; 1969b; 1970a); vgl. auch Guntrip (1968); Mahler (1969); Searles (1965).

zu lösen, konnte er als ein gutes Objekt vermenschlicht und verinnerlicht werden, und die Patientin konnte als menschliches Wesen aus der Symbiose hervortreten.

Die Patientin stellte nun den Therapeuten in einem naturalistischen Porträt dar (Abb. 15) und malte sich selbst in einem sehr gelungenen Selbstbildnis (Abb. 16).

Der Therapeut wirkt starr und seine Augen blicken irritierend hell und ungleichmäßig. Sich selbst aber porträtierte sie mit einer Blumenvase im Hintergrund. Auf dem Bild kaum zu erkennen ist das Reh, das Zeichen ihrer stärksten Entfremdung von sich selbst, die Erinnerung an die Zeit, in der sie sich als Tier erlebte. Dieses Reh steht als eine geschnittene Figur im Hintergrund. Die Patientin schenkte mir dann auch ein ähnliches, von ihr selbst aus Holz geschnittenes Reh zur Erinnerung, als sie die Behandlung beendete und mich verließ.

Indem die erste Therapeutin, aus deren Behandlung Juanita zu mir kam, der Patientin erlaubte, was die Mutter ein Leben lang verboten und hintertrieben hatte, nämlich sich schuldfrei von ihr zu trennen, ermöglichte sie es der Patientin, erstmals ein gutes Mutterbild in sich aufzunehmen und trug damit dazu bei, dem tatsächlichen Durchleben der symbiotischen Konflikte eine Basis in dem schwachen Ich-Gefüge der Patientin zu verschaffen.

Wie wichtig dies für die Patientin war, geht hervor aus einem Bild, das sie kurz vor dem Therapiewechsel malte (Abb. 17).

An einem Augenbaum vorbei, der die verfolgenden Augen der Mutter darstellt, die auch in vielen anderen ihrer Bilder wieder auftauchen, geht die Patientin auf einen Fluß zu, über den eine Brücke hinüberführt. Der Weg führt zum Leben und zur eigenen Existenz.

Ich hatte Gelegenheit, noch 15 Jahre nach Abschluß der Behandlung von dem Befinden der Patientin zu erfahren. Es ging ihr zufriedenstellend. In psychotische Reaktionen war sie nicht wieder geraten. Sie hatte ihre Befriedigung als selbständige Malerin gefunden. Allerdings blieb sie unverheiratet und lebte ein unkonventionelles, vielleicht etwas unbürgerliches Leben.

Nach diesem kurzen Überblick über den Verlauf der Behandlung und über die Struktur und die Dynamik der Konflikte, welche die Patientin in der Therapie erlebte, möchte ich mich nun einigen Aspekten in der therapeutischen Technik und im Behandlungsprozeß zuwenden, die ich für wesentlich halte.

In den vorangegangenen Abschnitten dieser Arbeit habe ich versucht zu zeigen, daß die schizophrene Reaktion Ausdruck einer sehr frühen Störung der Ich-Entwicklung ist, die durch eine feindselig ambivalente Haltung der Mutter bereits während des ersten Lebensjahres hervorgerufen wird. Den Zustand der psychotischen Reaktion können wir auf



Abb. 1



Abb. 2



Abb. 3

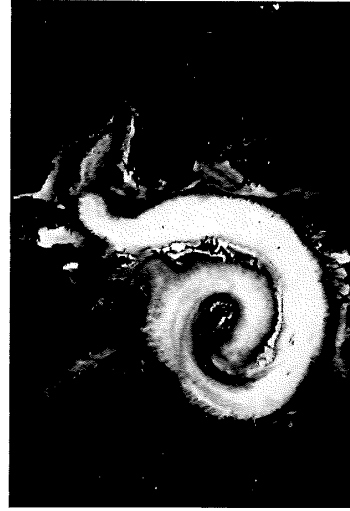


Abb. 4

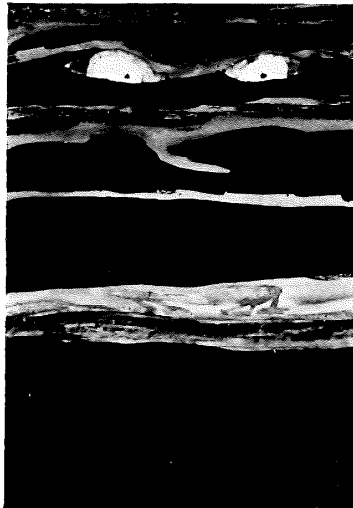


Abb. 5



Abb. 6



Abb. 7



Abb. 8



Abb. 9



Abb. 10



Abb. 11



Abb. 12

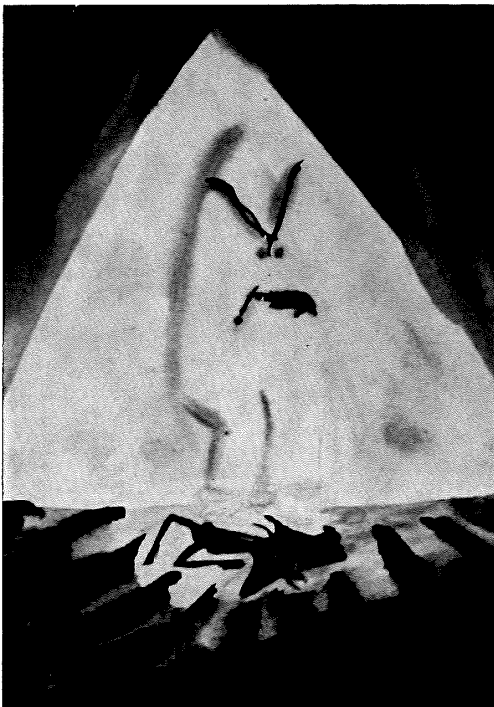


Abb. 13



Abb. 14



Abb. 15



Abb. 16



Abb. 17

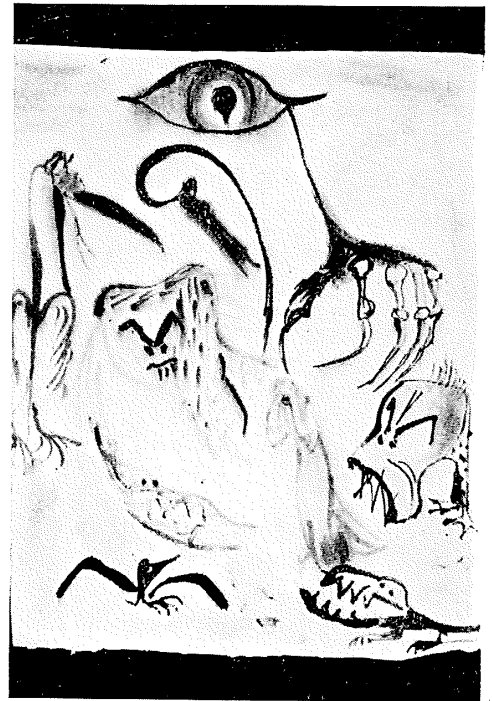


Abb. 18

diesem Hintergrund begreifen als Manifestation einer Regression zu archaischen Abwehrmechanismen, verbunden mit einer weitgehenden Lähmung grundlegender Ich-Funktionen. Aufgabe der Therapie in dieser Situation ist es daher weniger, auch diese letzten archaischen Abwehrformationen aufzulösen; dem psychotisch reagierenden Patienten müssen wir vielmehr dabei helfen, im Zuge einer nachholenden Ich-Entwicklung zunächst einmal flexiblere und differenziertere Abwehrfunktionen aufzubauen.

Daher ist die Technik der freien Assoziation und der analytischen Interpretation, wie die klassische Analyse sie entwickelt hat, für die Psychotherapie von schizophren reagierenden Patienten im Zustand der psychotischen Regression kontraindiziert. Auf diesen Umstand hat besonders *Fromm-Reichmann* (1943; 1948; 1952; 1958) hingewiesen. *Fromm-Reichmann* betonte, daß die analytische Interpretation erst dann mit Aussicht auf Erfolg angewandt werden könne, wenn die Beziehung des Patienten zum Therapeuten in ihren realen und parataktischen Aspekten (*Sullivan*, 1953) überwiegend positiv und freundlich ist. Eine solche Beziehung, die ich an anderer Stelle als das therapeutische Bündnis beschrieben habe (*Ammon*, 1970), aber muß erst allmählich entwickelt und aufgebaut werden. Denn die „Übertragungspsychose“ der schizophren reagierenden Patienten ist gerade wegen ihrer Heftigkeit und Intensität zutiefst ambivalent, und eine vorschnelle Interpretation ist häufig geeignet, gerade die positiven Aspekte dieser Übertragungspsychose zu zerstören und den Patienten noch tiefer in seine Isolation und Regression zu stürzen.

Der Entwicklung eines therapeutischen Bündnisses, d. h. einer differenzierungsfähigen positiven Übertragung, steht nun der Umstand entgegen, daß die entscheidenden traumatischen Erfahrungen schizophren reagierender Patienten präverbal sind, daß sie die archaischen Konfliktsituationen, die sie im Verhältnis zum Therapeuten reproduzieren, ebenso wenig aussprechen können, wie sie eine analytische Interpretation ihrer Abwehrmechanismen als Zuwendung erfahren können.

Es kommt daher darauf an, die therapeutische Situation so zu gestalten, daß sie dem Patienten viele Möglichkeiten gibt, mit dem Therapeuten zu kommunizieren und auf diese Weise allmählich das psychische Instrumentarium zu gewinnen, welches es dem Patienten ermöglicht, über sich selbst zu sprechen, den Therapeuten anzusprechen und von diesem angesprochen zu werden.

Wichtig ist dabei, die analytische Interpretation richtig zu dosieren und den Patienten jeweils nur so weit mit seiner Ambivalenz zu konfrontieren, daß er die Interpretation nicht als eine moralische Abweisung seiner Wünsche erfährt, sondern sie als Hilfe zum besseren Verständnis und zur Erweiterung und Differenzierung des therapeutischen Bünd-

nisses integrieren kann. Gerade schizophren reagierende Patienten, die unter Herrschaft des Wiederholungszwanges immer wieder ihr Objekt verlieren und deren Bemühungen um Kommunikation daher ständig abzureißen drohen, sind angewiesen darauf, daß der Therapeut ihrem archaischen Mißtrauen mit Offenheit begegnet und immer wieder zeigt, daß er den Patienten, so wie er ist, annimmt.

In der psychotherapeutischen Behandlung der schizophren reagierenden Malerin Juanita stand ich daher vor der Aufgabe, die therapeutische Situation so vielfältig und flexibel zu gestalten, wie dies bei einer ambulanten Therapie überhaupt möglich ist. Ich sah die Patientin zweimal wöchentlich zu therapeutischen Sitzungen. Dabei verzichtete ich, wie schon erwähnt, auf die formelle Fixierung der Situation. Die Patientin bewegte sich frei, ging umher, setzte sich auf einen Stuhl, ging in die Küche, um etwas zu trinken usw. Das therapeutische Gespräch bewegte sich zunächst überwiegend auf der Ebene der äußeren Realität. Wir sprachen über die Arbeit der Patientin, ihre Wohnung, ihre Vermieterin, ihre finanzielle Situation und über das Abendgymnasium, das sie besuchte.

Dann brachte die Patientin ihre im psychotischen Zustand außerhalb der Therapie gemalten Bilder mit in die Sitzungen. Auch diese Bilder wurden zunächst nicht gedeutet, sondern wurden als künstlerische Produktionen besprochen. Sie hatten dabei eine doppelte Funktion: für mich waren die Bilder der Patientin Seismographen, an denen ich direkt ablesen konnte, auf welcher Ebene und in welchem Abschnitt des therapeutischen Prozesses wir uns befanden. Für die Patientin aber waren die Bilder eine Möglichkeit, die sie verfolgenden Ängste darzustellen, sie dadurch unter Kontrolle ihres eigenen Ichs zu bringen und sie dem beobachtenden Hilfs-Ich des Therapeuten zu schenken. Die Bilder dienten ihr also gleichzeitig zur Neutralisation und als Katalysatoren ihrer therapeutischen Beziehung. Sie konnte die Bilder zwischen sich und den Therapeuten stellen, es wurde eine Art neutrales Territorium geschaffen, auf dem sie mit dem Therapeuten kommunizieren konnte, ohne zu große Nähe fürchten zu müssen. Darüber hinaus erfuhr sie durch die Aufmerksamkeit, die ihre Bilder fanden, eine narzißtische Bestätigung, eine Stärkung ihres Selbstwertgefühls und gewann damit ein allmählich sich verstärkendes Ich-Gefühl von Selbstvertrauen.

Andererseits aber eröffnete das gemeinsame Betrachten und Diskutieren der Bilder dem Therapeuten die Möglichkeit der indirekten Interpretation. Die Bilder konnten interpretiert werden und die Patientin konnte davon aufnehmen, was sie auf sich bezog und ablehnen, was ihr zu gefährlich schien, ohne sich der direkten Konfrontation mit dem Therapeuten auszusetzen. Auf diese Weise konnte ich ihre archaische Abwehr allmählich umgehen, ohne sie zerstören zu müssen und konnte Kontakt mit der Patientin aufnehmen, ohne sie in psychotische Angst zu stürzen.

Es ist interessant zu sehen, wie hier im Rahmen einer ambulanten Psychotherapie in Ansätzen Momente einer analytischen Milieuthherapie entstanden, und zwar aus den Notwendigkeiten der Situation heraus. Die Bewegungsfreiheit der Patientin in der therapeutischen Situation gab ihr die Möglichkeit, beobachtet zu werden und sich auf vielfältige Weise nonverbal mitzuteilen. Gleichzeitig konnte sie die Erfahrung einer nicht-feindlichen Umwelt machen. Häufig ging sie in die Küche, um warmes Wasser zu trinken. Mehr gestattete sie sich lange Zeit nicht, und es war ein bedeutsamer Schritt voran in der Therapie, als sie sich erlaubte, Milch zu trinken, die sie sich vorher warm gemacht hatte.

Daß die Patientin über lange Zeit hin nur warmes Wasser trinken wollte, können wir im Sinne der Übertragungsbeziehung so verstehen, daß sie die Therapie als schlechte, als verdünnte Muttermilch empfand und rezipierte. Immerhin war es keine vergiftete und vergiftende Muttermilch, wie sie etwa der Alkohol für den Süchtigen darstellt. Der Schritt vom warmen Wasser zur warm gemachten Milch aber signalisierte, daß die Patientin die therapeutische Beziehung als eine echte und vertrauenswürdige Beziehung schließlich annehmen konnte.

Später erlaubte ich ihr, sich auch außerhalb der eigentlichen Sitzungen bei mir aufzuhalten. Während ich mit anderen Patienten arbeitete, saß sie dann auf dem Balkon, machte Schularbeiten, lernte Vokabeln oder las in einem Buch.

Die Bilderwelt, welche die Patientin zwischen sich und den Therapeuten stellte, können wir verstehen als einen Ausbau und eine Vertiefung der in Ansätzen zum Milieu erweiterten therapeutischen Situation.

Dieses Milieu hatte zwei Zwecken zu dienen. Einerseits kam es dem Bedürfnis der Patientin nach Nähe, Wärme und Geborgenheit weit mehr entgegen, als dies in einer nur verbal bestimmten Situation möglich gewesen wäre. Andererseits erlaubte es der Patientin, die starke Ambivalenz, mit der sie diese Nähe erfuhr, in vielfältigen Artikulationen aufzulösen, zu zersplittern und zu differenzieren. Das aber war für sie lebensnotwendig, denn in ihren psychotischen Episoden erlebte sie immer wieder gerade die Nähe und Zuwendung als stärkste Bedrohung. So hatte die Patientin gerade die Wärme und die Zuwendung von seiten ihrer ersten Therapeutin schließlich in einer psychotischen Übertragung als Feindseligkeit und Verfolgung erlebt.

Sie sagte einmal später in einer therapeutischen Sitzung, daß sie alles, was die erste Therapeutin ihr sagte, schon vorher gewußt habe. Dies mag ein Ausdruck jener durchdringenden Hellsichtigkeit sein, die wir gerade bei schizophren reagierenden Patienten immer wieder beobachten können — ein Zeichen dafür, daß es hier weniger darum geht, Verdrängungen aufzuheben und dem Verdrängten Zugang zum Bewußtsein zu verschaffen, sondern daß dem schizophren reagierenden Patienten gerade

darin geholfen werden muß, mit den in der Regression zutage tretenden Emotionen differenzierter umzugehen, als dies die psychotische Abwehr zu tun vermag.

In diesen Zusammenhang gehört die Bemerkung *Federns* (1952), daß der Therapeut dem Patienten helfen müsse, mit seiner psychischen Energie hauszuhalten, Kräfte zu sparen und in den Aufbau flexibler Ich-Grenzen zu investieren. Auch hier gilt, was oben zur Dosierung der analytischen Interpretation gesagt wurde. Der Therapeut darf dem Patienten nicht moralisierend gegenüberreten, andernfalls wird die Hilfe beim Aufbau von Ich-Abgrenzungen als eine feindselige Einengung erlebt, als eine Ablehnung im Grunde und ein Unverständnis gegenüber den Konflikten des Patienten.

Fromm-Reichmann (1946; 1948; 1950) betonte daher mit Recht, daß ein Therapeut, der, eingezwängt in die engen Wertvorstellungen eines kleinbürgerlichen Lebens, dem schizophren reagierenden Patienten lediglich als eine Art Agentur gesellschaftlichen Wohlverhaltens entgegentritt, niemals Erfolg haben könne.

Der Therapeutenwechsel der Patientin trug meines Erachtens zum Milieucharakter der therapeutischen Situation bei, indem er eine Aufsplitterung der angstmachenden Übertragungspsychose gestattete. Wie wichtig der Wechsel der Therapeuten für die Patientin war, dokumentierte das Bild, das sie kurz vor Beginn der Therapie bei mir malte (vgl. Abb. 17).

Die Patientin litt zu dieser Zeit, kurz vor dem Therapeutenwechsel, unter starken Depressionen und ständigen Suicidvorstellungen. Sie sagte, daß sie lange hin und her geschwankt habe, ob sie sich umbringen oder noch einmal den Versuch einer therapeutischen Beziehung machen sollte. Es ist dann nicht zuletzt die vorwurfsfreie Zustimmung ihrer ersten Therapeutin gewesen, die ihr den Schritt über den Totenfluß hinweg in das andere Land einer zweiten Therapie ermöglichte.

Meine Haltung der Patientin gegenüber war von vornherein bestimmt durch das Bewußtsein, daß ich in informaler Weise ihrem symbiotischen Bedürfnis entgegenkommen, dabei aber die Lösung der Symbiose im Auge behalten mußte. Aus diesem Bemühen heraus ergab sich die milieuartige Ausweitung der Situation, die eine vielfältige Behandlungstechnik erlaubte. Dabei war es das Ziel, der Patientin einen Zugang zu ihren extremen Ängsten zu verschaffen. Ein deutliches Bild ihrer Konfliktsituation und der in der Therapie mobilisierten Angst gab die Patientin in einem Traum, den sie in einer Sitzung berichtete und für den Therapeuten niederschrieb.

„Es war dunkel, eisige feindliche Nacht, und mehrere Menschen, darunter ich, stiegen einen steilen Berg empor, um etwas zu erkunden. Wir gingen wie ein Spähtrupp vor, und ich hatte ein unangenehmes Gefühl,

weil ich ganz links außen gehen mußte, denn ich wußte, daß der Feind irgendwo lauerte.

Schließlich sah ich mich allein emporsteigen, einem leitenden Schemen nach, wie ich wußte, meinem Dämon. Ich war mir dessen bewußt, daß er mich, sobald ich gesehen haben würde, was notwendig war (für mich), mit der Erde hinabstürzen würde. Ich ging trotzdem weiter und legte schließlich beide Hände in seine und ließ mich das letzte Stückchen emporziehen.

Was ich dann sah, weiß ich nicht, aber ich fand es ganz unsinnig, daß er grausam und unerbittlich lächelte und mich dann mit der Erdschicht, die plötzlich auf dem Gipfel war, in den Abgrund stürzte.

Ich schlug hart auf und ruhte an einem Felsen, noch alles wahrnehmend, aber auch fast zu Stein geworden. Plötzlich erwachte ich aus der Erstarrung und wußte, daß es etwa tausend Jahre gedauert hatte und nun die zweite Erdschicht, vereint mit der ersten, in die Tiefe stürzen müsse.

Angst hatte ich nicht. Ich sah am Fuße des Plateaus badende und in der Sonne liegende junge Menschen und dachte wehmütig: wie ahnungslos sie sind, und gleich wird der zweite Untergang alles verschlingen.

Da kam auch schon mit ungeheurem Krachen und Bersten vom Gipfel die zweite Erdscheibe wie ein Sonnenrad (aus Ton) herab, riß alles mit hinunter, und im Abgrunde züngelte lehmiges Wasser aus den Erdritzen und verschlang alles. Dann sah ich mich in der Unterwelt wieder als Geist unter Geistern, denkend, aber körperlos. Alles war von hin- und herwogenden, pflanzenhaft lebenden Farben erfüllt, schwefliges Gelb, Grün, Violett und unangenehme Blau-Rot-Töne. Dazu erklang sehr disharmonische Musik (etwa Jazz).

Ich wunderte mich, daß die anderen Geister sich noch an diese Daseinsform klammerten und gar nicht den endgültigen Ausweg suchten. Ich suchte und fand den Ausgang, an dessen rechter Seite eine helle Säule stand. Ich glitt in ein unendliches Grau hinaus und spürte erlöst, daß nun endgültig das letzte Leben aus mir wich und sich in dieser Atmosphäre verlor und auflöste. Damit endete der Traum. Der Dämon hatte übrigens, als er mir am Gipfel deutlich erschien, vollkommen Ihre Züge und Ihre Gestalt“.

Dieser Traum wurde von mir nicht streng analytisch gedeutet. Ich nahm ihn vielmehr, ebenso wie vorher die Bilder, als ein Geschenk der Patientin entgegen und interpretierte die darin geschilderte Weltkatastrophe als den Untergang ihrer psychotischen Welt, die in zwei Scheiben gespalten, von dem Therapeuten-Dämon auf die Spitze geführt und dann in den Abgrund gestürzt wird. Die beschriebene Ambivalenz der Patientin, die sich vom Therapeuten einerseits emporgezogen, andererseits in einen Abgrund geworfen fühlte, die ihre Lebenssituation als einen geisterhaften Jazzkeller wahrnahm und Befreiung erst in der vollkom-

menen Auflösung ihrer Existenz in einem wesenlosen Grau erfuhr, fand einen anders gewendeten Ausdruck in einem Traum, den die Patientin wenige Tage später berichtete:

„Heute träumte ich, wir hätten beide eine Schneeballschlacht gemacht und es war wunderschön. Als ich schließlich ganz außer Atem war und nicht mehr weiter konnte, blieben wir stehen. Sie legten leicht einen Arm um meine Schultern, und ich konnte erst einmal verschnaufen. Es war plötzlich eine große wohltuende Stille und Ruhe. Ich fror nicht mehr und fühlte mich sehr geborgen“.

Beide Träume, die wie gesagt, zeitlich sehr nahe beieinanderlagen, hingen auch thematisch eng zusammen. Während der Weltuntergangstraum die drohende Gefahr darstellt, die für die Patientin mit dem therapeutischen Kontakt verbunden war, und in einem Drama von kosmischen Ausmaßen die befreienden und heilenden Aspekte der therapeutischen Beziehung mit der Vorstellung einer apokalyptischen Katastrophe verbindet, erscheint in dem zweiten Traum die therapeutische Beziehung als eine belebende und spielerische Auseinandersetzung und die „große wohltuende Stille und Ruhe“ ist nicht länger verbunden mit der Vorstellung einer endgültigen Selbstauflösung. Beide Träume beschreiben recht gut die Spannweite der therapeutischen Situation, in der die Patientin den Therapeuten einerseits als einen zerstörerischen Dämon erfuhr, andererseits aber seinen Schutz suchte und erlebte. Nachdem sie etwa ein Jahr bei mir in Therapie gewesen war, berichtete die Patientin einen Traum, den sie zu Beginn der Therapie geträumt hatte, und der illustriert, was gemeint ist, wenn ich vom therapeutischen Bündnis spreche.

„Vor einem Jahr träumte ich von einem merkwürdigen maschinenähnlichen Menschen, der von Zeit zu Zeit von manchen Menschen gesehen wurde. Er sollte in einem Keller, der viele Kammern enthielt, in einer derselben sichtbar werden und denjenigen, die ihn sahen, das Leben kosten. Einige Menschen wußten davon, hüteten sich aber, ihn herauszufordern. Unter diesen Menschen waren Sie auch. Sie lachten aber mutwillig und wollten es doch versuchen, den Maschinenmenschen zu Gesicht zu bekommen. Ich hatte große Angst, daß er Sie töten würde und versuchte, Sie von Ihrem Vorhaben abzubringen, aber Sie lachten nur überlegen und meinten, Sie könnten ihm auch ohne Waffe gegenüberreten. Mir war bekannt, daß man seine verderbliche Macht nur brechen konnte, wenn man eine bestimmte altmodische und in der Form ganz gedrungene und verschnörkelte Pistole besaß und sie ihm, wenn er einen Menschen durch seine Berührung töten wollte, rechtzeitig gegen die Brust setzte.“

Ich konnte mir diese Pistole beschaffen und paßte nun auf, wann Sie zu ihm zu gelangen versuchten und hielt mich in der Nähe des Kellers auf, bis ich heraus hatte, in welcher Kammer er sich aufhielt. Ich be-

schwor Sie nochmals, nicht hineinzugehen, aber Sie achteten gar nicht darauf.

Erst war es ganz still, dann kam plötzlich Leben in den Maschinenmenschen. Es glomm ganz unheimlich in seinen Augen, dabei stand er noch ganz unbeweglich lauernd. Plötzlich riß er beide Arme hoch und stürzte sich mit aufgerissenem Munde auf Sie. Ich hatte schreckliche Angst und stürzte in den Raum. Ich stieß ihm die Pistole gegen die Brust und hoffte zitternd, daß sie ihre Wirkung tun würde. Er wankte und schien seiner Kraft beraubt, aber ob er Ihnen schon Schaden zugefügt hatte, sah ich nicht. Damit endete der Traum“.

Dieser Traum, den die Patientin zu Beginn der Therapie träumte, den sie aber erst ein Jahr später in die Therapie bringen konnte, zeigt deutlich das Bemühen der Patientin, sich mit dem Therapeuten gegen die Krankheit als den gemeinsamen Feind zu verbünden.

Zusammen mit dem Traum vom Maschinenmenschen berichtete die Patientin einen Traum, den sie im Verlauf der Therapie wiederholt geträumt hatte, und in dem wir unschwer einen Kommentar zu einer Reihe ihrer Bilder erkennen können.

„Ich träumte öfter von einem älteren Mann, der weise, streng, merkwürdig fern und unpersönlich aussieht und dem ich gehorchen muß, was ich letzten Endes auch immer tue. Er hat chinesische Züge und entweder ein glattes zeitloses Gesicht oder verwitterte Züge, wie Erde und Wurzeln oder Baumrinde. Er gebietet mir meistens durch Schweigen, selten durch Worte und dann nur in knappen Befehlen“.

In diesem Bericht, der eine ganze Reihe von Träumen zusammenfaßt, erscheint der Therapeuten-Götze, wie wir ihn in den Bildern der Patientin kennengelernt haben, als ein Mensch. Ich möchte in diesem Zusammenhang darauf hinweisen, daß Träume der Patientin im Prozeß ihrer Therapie einen anderen Stellenwert einnahmen, als dies etwa in der Analyse einer neurotischen Reaktion der Fall gewesen wäre (*Ammon*, 1971 a; 1971 b).

In der Neurosentherapie bietet die Traumanalyse einen Zugang zur Dynamik der verdrängten Primärprozesse des Unbewußten. Um es bildlich auszudrücken: Träume werden benutzt als ein Einstiegsschacht, den die Analyse allmählich zu einem Bergwerk erweitert, aus dem das unbewußte Material zutage gefördert wird.

In der Therapie schizophren reagierender Patienten dagegen, die ja nicht unter zu starker Verdrängung, sondern im Gegenteil gerade unter der Überflutung durch unbewußtes Material leiden, haben Träume eine ganz andere Funktion. Sie zeigen an, daß die Ich-Funktionen des Patienten sich soweit entwickelt, bzw. reorganisiert haben, daß der Patient in der Lage ist, seine Erfahrungen zu sinnvollen Zusammenhängen zu integrieren.

Ebenso wie vorher ihre Bilder begrüßte ich daher die Träume, welche Juanita zunehmend häufiger in die Therapie mitbrachte, als schöpferische Produktionen, welche in dramatischen Darstellungen artikulierten, was die Patientin vorher als amorphe Angst erlebt hatte.

Das Ausmaß der integrativen Leistungen ihrer Träume wird deutlich, wenn wir sie den psychotischen Episoden gegenüberstellen, die die Patientin im Verlauf der Therapie wiederholt erfuhr. Wir haben in den Bildern der Patientin gesehen, daß die sie verfolgenden Ungeheuer eine dissoziierte Körperlichkeit hatten, daß Augen, Krallen, Schnäbel und reptilienartige Gebisse miteinander kombiniert wurden, daß aber jede organisierte Körperlichkeit aufgelöst war (Abb. 18). Die Patientin stellte ihre Mutter depersonalisiert als ein paar oder auch mehrere Augen dar, sie selbst erschien auf vielen ihrer Bilder als ein blaues Reh, d. h. mit einer nicht-menschlichen Identität.

Eine solche Auflösung körperlicher Zusammenhänge ist nach meiner Erfahrung ein differentialdiagnostisches Kriterium für eine schizophrene Reaktion. Dies war auch Consensus auf dem Kongreß der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychopathologie des Ausdrucks, der im September 1968 in Basel zu dem Thema: „Verlauf und Prognose im bildnerischen Ausdruck“ stattfand (vgl. auch das Bildmaterial bei *Prinzhorn*, 1922). Aber nicht allein in ihren Bildern tauchten diese körperlichen Desorganisationen auf, sondern auch in der Therapie hatte die Patientin wiederholt intensive Depersonalisationserlebnisse. Sie hatte dann etwa eine Minute lang das Gefühl, daß ihr der Kopf vom Körper abgetrennt war, oder aber sie erlebte sich als eine Art Insekt, als Käfer, hatte das Gefühl, daß ihre Füße groß und unförmig anschwellen würden und daß ihr der Kopf zusammenschrumpfte, bis er klein wie eine Stecknadel war.

Eine dieser psychotischen Episoden wurde schließlich zum Wendepunkt des therapeutischen Prozesses. Die Patientin kam in einem extrem verwirrten und psychotischen Zustand in die Sitzung. Bei sich trug sie ein Bild, das sehr unklar, in schwimmend vermischten Farben ein abstraktes Zeichen darstellte. Außerdem brachte sie einen Brief mit, den sie unter großer Anstrengung geschrieben hatte, und in dem sie um Hilfe bat. Wie sie berichtete, war sie zu Hause in einen Zustand geradezu katatoner Lähmung geraten, begleitet von bedrohlichen Halluzinationen. Sie hatte die Empfindung, daß die Luft zähflüssig und dunstig wurde, daß ein Löffel auf dem Tisch eine drohende Haltung einnahm und nach ihr schnappte. Der Raum habe seine Struktur verloren, und auch ein Stuhl habe nach ihr gegriffen. In einem Kreis um sie herum hätten Dämonen, Ungeheuer und ein großes Auge gesessen.

Die Patientin litt, als sie in die Sitzung kam und auch während ihres Berichtes, unter panischer Angst. Dabei hatte sie das Gefühl, daß ein Tier

in ihrer Brust ein immer größer werdendes Loch fräße. Einer verbalen Kommunikation erwies sie sich als vollkommen unzugänglich.

Ich versuchte zunächst, auf die Ebene ihres konkretistischen Berichts einzugehen und in einer symbolischen Aktion das Tier zu töten, welches sie langsam auffraß, hatte aber damit keinen Erfolg. Die Patientin blieb unerreichbar. Ich rief mir daraufhin die zu diesem Zeitpunkt beherrschende Dynamik der Übertragungsbeziehung ins Bewußtsein. Die Patientin erlebte mich als Dämon, wie dies einige Träume gezeigt hatten, die sie zwei Monate vorher berichtet hatte, als sie sich in einem kontrollierteren Zustand befunden hatte.

Ich begann nun, die Übertragungspsychose in diesem Punkt zu verstärken und sagte: „Erinnerst du dich, daß ich ein Dämon bin? Ich werde dich jetzt erwürgen“. Diese äußere Drohung durchdrang ihre halluzinatorische Abwehr, und sie bat mich flehentlich: „Lieber Dämon, bitte, laß mich leben, bitte, tu mir nichts, brich mir nicht die Knochen und reiß mir nicht den Kopf ab, reiß mir auch nicht mein Fleisch heraus“.

Sie war nun extrem ängstlich, sehr blaß und hatte einen Schweißausbruch, aber sie hatte nicht länger das Gefühl, daß ein Tier in ihrer Brust an ihr fräße. Ich sagte dann zu ihr: „Der Dämon ist ein guter Dämon. Ich werde dir nicht wehtun, ich werde dich schützen“. Daraufhin beruhigte sich die Patientin, sie war nicht länger im psychotischen Zustand, und kurz danach fiel sie in einen tiefen und ruhigen Schlaf. Als sie erwachte, berichtete sie, daß sie sich erfrischt fühle und daß sie traumlos geschlafen habe. Nach dieser Sitzung hatte die Patientin keine weiteren psychotischen Episoden und Halluzinationen.

In die nächste Sitzung brachte sie ein Bild mit, das ein blaues Reh unter den schützenden Zweigen eines Baumes zeigte.

Der Ausbruch dieser psychotischen Reaktion — es war die längste psychotische Episode, die die Patientin im Laufe ihrer Therapie erlebte, sie dauerte zwei Tage — hatte sich lange vorbereitet. Der Traum, worin der Therapeut als Dämon erschien, ging zwei Monate voraus. Es mag sein, daß voreilige Interpretationen des Traumes und der Bilder die Patientin in eine extreme Stress-Situation brachten. Ihre Übertragungsbeziehung zu mir war außerordentlich intensiv und wurde daher von beträchtlicher Angst begleitet. Dazu kam, daß ich kurz vorher einen einmonatigen Urlaub in einem anderen Land verbracht hatte, worauf die Patientin mit starker Trennungsangst und verstärkter Ambivalenz reagiert hatte.

Zur Behandlungstechnik in der geschilderten Situation ist zu sagen — und ich folge in diesem Punkt der Theorie von *Rosen* (1953) —, daß der Therapeut, wenn er als eine reale Person in die Welt der Psychose einsteigt, die Kraft und die Farbe von den halluzinierten Figuren oder

Tieren abzieht und auf sich konzentriert. Der Therapeut kann dann die angsterregende Phantasie so auf sich ziehen, daß die Libido des Patienten sich aus dem autistischen Zirkel seiner Wahnvorstellungen lösen und durch die hergestellte Übertragungspsychose den Weg zur Realität finden kann, ein Vorgang, den wir mit *Ekstein* (1966) als eine Wiederholung der traumatischen Situation und ihre gleichzeitige heilende Veränderung (repairing) begreifen können.

In dem hier vorgetragenen Fall war diese Wiederholung erfolgreich. Sie brachte in das Hier und Jetzt der therapeutischen Situation die früheste Erinnerung der Patientin an ihre Mutter, die sie erst nach Abschluß der Therapie berichten konnte. Sie erinnerte, daß die Mutter sich drohend über ihr Bett gebeugt habe und daß sie große Angst davor hatte, die Mutter könne sie ähnlich wie ihre Schwester erwürgen, die als Kind im Bett der Mutter unter mysteriösen Umständen gestorben war. In der Wiederbelebung dieser Angstsituation in der geschilderten psychotischen Episode aber konnte die Patientin eine veränderte Erfahrung machen. Die Dämon-Mutter kann sie erwürgen, kann sie kastrieren und töten, aber sie tut es nicht. In dieser Erfahrung einer „emotional correction“ hat *Alexander* (1952) den Wendepunkt der therapeutischen Arbeit gesehen.

Es leuchtet ein, daß eine direkte therapeutische Intervention, wie sie in der beschriebenen Situation nötig wurde, voraussetzt, daß zunächst einmal eine therapeutische Situation entwickelt wird, die dem Patienten erlaubt, seine gelähmten Ich-Funktionen allmählich wieder zu entfalten. Dabei kommt es gerade bei den archaischen Ich-Störungen der psychotischen Reaktion darauf an, die therapeutische Situation selbst flexibel und beweglich zu gestalten. Die Therapie muß sich den jeweils spezifischen Bedürfnissen und Konflikten des Patienten anpassen, nicht umgekehrt der Patient sich einer ritualisierten Therapie unterwerfen.

Ich habe in der Beschreibung dieses einen Behandlungsverlaufs zu zeigen versucht, wie im Rahmen einer ambulant durchgeführten analytischen Psychotherapie mit einer schizophren reagierenden Patientin aus der Notwendigkeit der Situation heraus sich die Ansätze einer analytischen Milieuthérapie ergaben, die ich später weiter entwickeln konnte.

Zusammengefaßt kann vielleicht gesagt werden, und ich möchte diesen Gedanken im folgenden gern weiterverfolgen, daß die Psychotherapie von schizophren reagierenden Patienten begriffen werden kann als eine nachholende Ich-Entwicklung der Patienten mit Hilfe eines „facilitating environment“, welches die starken symbiotischen Bedürfnisse der Patienten ebenso auffangen kann, wie es ihre heftigen destruktiven Tendenzen zu zersplittern und zu neutralisieren vermag. Nicht das Fehlen einer Übertragung erschwert die psychotherapeutische Behandlung der

schizophrenen Reaktion, oder macht sie gar unmöglich, sondern die eingengten und starren Therapieformen verhindern, daß die positiven und konstruktiven Momente der Übertragungspsychose sich entfalten und die lähmenden Abwehrformen der Psychose in Bewegung bringen können.

In dem vorgetragenen Fall waren es die Bilder der Patientin, welche die therapeutische Situation zum therapeutischen Milieu erweitern halfen, worin die Patientin ihrer konstruktiven Ich-Funktionen sich fortschreitend vergewissern konnte, ein Milieu, das ihr auch den sicheren Rahmen gab für das Durchleben ihrer archaischen Ängste.

Die Träume, welche die Patientin nach den Bildern in die Sitzungen brachte, konnten die intrapsychischen Dimensionen des therapeutischen Prozesses dann auf einer höheren Ebene und weitaus differenzierter darstellen und integrieren und schließlich, gegen Ende der Therapie, konnte die Patientin in einem großangelegten Rekonstruktionsversuch den zitierten Lebensbericht schreiben. In einem Brief, den sie kurz vor Beendigung der Therapie an den Therapeuten schrieb, sagte sie: „Für mich ist es ein ganz seltsames und kostbares Erlebnis, daß ich gern gehabt werde... Es ist wie ein Neu-Geboren-Werden, ein Anfang, ein wenig Hoffnung und ein klein wenig Sicherheit“.

Ich möchte diesen Behandlungsbericht nicht beenden, ohne auf einen Umstand hinzuweisen, der meines Erachtens für das Gelingen des beschriebenen therapeutischen Prozesses von großer Wichtigkeit war.

Es gab um die Patientin herum keine Familiengruppe, deren pathologische Dynamik durch die Therapie der Patientin hätte bedroht werden können. Damit entfiel eines der Haupthindernisse, auf das die Psychotherapie der schizophrenen Reaktion regelmäßig stößt: die vielfältigen Bemühungen einer kranken Familiengruppe, den Patienten um des bedrohten Familiengleichgewichtes willen in seiner Krankheitsrolle festzuhalten und die Therapie zu torpedieren. Mit diesem wichtigen Aspekt der Psychotherapie der schizophrenen Reaktion möchte ich mich in den folgenden Kapiteln dieser Studie eingehender beschäftigen.

Toward a Psychotherapy of Schizophrenia III

Günter Ammon

The author explains in the third part of his study on the psychotherapy of schizophrenia the problems of the therapeutic technique and the analytical processes in the treatment of his patient Juanita.

At the beginning the paintings of the patient served as a means to establish a communication between the therapist and her and to diagnose the patient's state of mind, whereby the paintings were not explained analytically. Dreams, too, were regarded by the therapist as realistic representation and were not explored in their unconscious content. In

the first stage, the therapy aimed at helping the patient to draw a frontier between external and internal reality.

Moreover, the therapist was able to arrange a kind of therapeutic milieu, in which the symbiotic transference could be tolerated by the patient and which at the end could be resolved without feelings of guilt.

The author describes the transference, through which the symbiotic complex became more transparent. Through the ambivalent double-bind-situation, expressed in the dreams and reports of the patient, it became obvious that the schizophrenic reaction originated in a destructive symbiosis with a persecuting mother, who hampered her child to develop its own identity.

Therapeutic milieu and therapeutic alliance helped the patient to realize gradually a "correction of the emotional experience", so that she could reach a stage of relative ego-strength and became able to reflect more clearly upon her past life.

It was the gradual development of the patient's ego which recommended the application of a special technique differing from the classical analysis but maintaining in the meantime an analytical relation between patient and therapist.

Literatur

- Alexander, F. (1952): Development of the Fundamental Concepts of Psychoanalysis, in: Alexander, F. und Ross, H., Hrsg.: *Dynamic Psychiatry* (Chicago: Univ. of Chicago Press)
- Ammon, G. (1969a): Oralität, Identitätsdiffusion und weibliche Homosexualität. Eine psychoanalytische Studie, in: *Dyn. Psych.*, 2. Jhg., H. 1/2, S. 63—69
- (1969 b): Verifikation von Psychotherapie bei schizophrener Reaktion, in: *Confinia Psychiatrica*, Vol. 12, H. 1
- (1970): Gruppendynamik der Aggression, Beiträge zur psychoanalytischen Theorie (Berlin: Pöhl-Publikationen)
- (1971 a): Dynamique durêve et de la réalité dans le traitement psychanalytique de la schizophrénie. Vortrag gehalten auf dem Congrès des Psychanalystes des Langues Romanes, Lyon 7. Juni 1971
- (1971 b): On the Psychodynamics of Dream, Psychosis and Reality in Schizophrenia, under the Aspect of Ego-Regulation. Vortrag gehalten auf dem IV. International Symposium on Psychotherapy of Schizophrenia, Turku, Finland, 4.—7. August 1971
- Bellak, L. (1969 a): Research on Ego-Function Patterns, in: Bellak, L. und Loeb, L., Hrsg.: *The Schizophrenic Syndrome* (New York: Grune & Stratton)
- (1969 b): The Systematic Diagnosis of the Schizophrenic-Syndrome, in: *Dyn. Psych.*, 3. Jhg., H. 3, S. 148—156
- Bleuler, E. (1912): Das autistische Denken, in: *Jhb. Psch. Psychopath. Forsch.* 4
- Diagnostic and Statistical Manual, Mental Disorders* (1955), Herausgegeben von der American Psychiatric Association, 8. Aufl., Washington
- Ekstein, R. (1966): *Children of time and space, of action and impulse* (New York: Appleton)
- Federn, P. (1952): *Ego Psychology and the Psychoses*. (New York: Basic Books)
- Fenichel, O. (1945): *The Psychoanalytic Theory of Neuroses* (New York: Norton)

- Freud, S.* (1911): Psychoanalytische Bemerkungen über einen autobiographisch beschriebenen Fall von Paranoia (Dementia paranoides), in: Ges. W. Bd. VIII (London: Imago, 1943)
- Fromm-Reichmann, F.* (1943): Psychoanalytic Psychotherapy with Psychotics: The Influence of Modifications in Technique on Present Trends in Psychoanalysis, in: *Psychiatry*, Vol. VI, No. 3
- (1946): Remarks on the Philosophy of Mental Disorder, in: *Psychiatry*, Vol. IX, No. 4
- (1948): Notes on the Development of Treatment of Schizophrenics by Psychoanalytic Psychotherapy, in: *Psychiatry*, Vol. XI, No. 3
- (1950): Principles of Intensive Psychotherapy (Chicago: Univ. of Chicago Press)
- (1952): Some Aspects of Psychoanalytic Psychotherapy with Schizophrenics, in: *Psychotherapy with Schizophrenics* (New York: Int. Univ. Press)
- (1958): Basic Problems in the Psychotherapy of Schizophrenia, in: *Psychiatry*, Vol. XXI, No. 1
- Guntrip, H.* (1968): Schizoid Phenomena, Object Relations and the Self (London: The Hogarth Press)
- Mahler, M. S.* (1969): On Human Symbiosis and the Vicissitudes of Individuation (London: The Hogarth Press)
- Prinzhorn, H.* (1922): Bildnerei der Geisteskranken (Berlin: Springer)
- Rapaport, D.* (1950): On the Psychoanalytic Theory of Thinking, in: M. M. Gill, Hrsg. (1967): The Collected Papers of David Rapaport (New York: Basic Books)
- (1951): On the Organization of Thought Processes: Implications for Psychiatry, aaO.
- Rosen, J.* (1953): Direct Analysis (New York: Grune & Stratton)
- Schilder, P.* (1920): Über Gedankenentwicklung, in: *Z. Neurol. Psychiat.* 59
- (1930): Studien zur Psychologie und Symptomatologie der progressiven Paralyse (Berlin: Karger)
- Searles, H. F.* (1965): Collected Papers on Schizophrenia and Related Subjects (London: The Hogarth Press)
- Sullivan, H. St.* (1953): The Interpersonal Theory of Psychiatry (New York: Norton)

Die duale Erlebniseinheit in der analytischen Situation

Gustav Hans Graber*

Als Partner in der analytischen Situation befinden sich Analytiker und Patient a priori in der Beziehung vom tiefsten intrauterinen Psychischen des einen zu dem des anderen. Dies läßt eine bislang wenig erkannte unbewußte duale Erlebniseinheit bewußter werden. Die unbewußten Identifizierungen entstammen danach einer unbewußten Identität.

Es wird dabei keine neue Technik der Psychoanalyse erstrebt, sondern deren Vertiefung, erkenntlich in der Übertragung.

Der Verfasser schildert einige historische Rückblicke (S. *Ferenczi*, O. *Rank*), außerdem einige Einblicke in Probleme des vertieften analytischen Geschehens.

„Der Grieche kannte und empfand die Schrecken und Entsetzlichkeiten des Daseins: Um überhaupt leben zu können, mußte er vor sie hin die glänzende Traumgeburt der Olympischen stellen“.
F. Nietzsche: „Geburt der Tragödie“

I. Analytiker und Patient** befinden sich als Partner in der analytischen Situation a priori in der Beziehung vom tiefsten Unbewußten (Ubw.) des einen zu jenem des anderen. Es ist jenes Ubw., von dem *Caruso* als dem absoluten, *Freud* dem Es oder phylogenetischen, *Jung* dem kollektiven, *Szondi* dem familiären und ich dem intrauterinen sprechen. Die Aspekte sind zwar grundverschieden, aber erfassen doch alle ein Elementarpsychisches, das dem persönlichen, ichbezogenen Ubw. zugrunde liegt.

Es steht nicht im Rahmen dieser Betrachtung, auf Gemeinsamkeiten oder Unterschiede einzugehen. Vielmehr liegt mir an der Frage, ob und wie sich die Partnerschaft von A. und P. im Hinblick auf die duale Erlebniseinheit gestaltet. Gemeint ist, abgewandelt, jene zwischen ungebornem Kind und seiner Mutter — eine Erlebniseinheit, die jeder Mensch normalerweise die ersten neun Monate „erlebt“, unabhängig davon, ob wir eine intrauterine Psyche anerkennen oder sie bestreiten.***

Die Tatsache bleibt wohl unangefochten, daß wir im nachgeburtlichen Dasein in tausend Formen der Liebe immer wieder ein Verschmelzen, eine Einheit suchen, deren Urphänomen die Beziehungen zwischen der Mutter und dem Kind in ihr ist. So wie die Mutter im regressiven Wiederholungszwang als „Attrappe“ (Verhaltensforschung) (*Caruso*, 1968), oder schlichter gesagt als Ersatz zur „Verschmelzung“, gesucht wird, so

* Dr. phil., Psychoanalytiker, Bern

** im weiteren A. und P.

*** Von den Publikationen, die eine intrauterine Psyche bejahen, erwähne ich nur: Ein Sammelband von A. Raskovsky (Buenos Aires) „El psiquismo fetal“ (ca. 20 Mitarbeiter), dann A. Garma (Buenos Aires) „Nuevas Aportaciones al Psicoanálisis de los Sueños“, F. Kruse (Wiesbaden) „Die Anfänge des menschlichen Seelenlebens“.

auch alle anderen Objekte — insbesondere Personen — wie vor allem der A., aber auch der P.

Die pränatale duale Erlebniseinheit bleibt im Menschen bis zum Tode in jener tiefsten Region des ubw. Selbst erhalten, wirksam und beeinflußt das Triebleben sowie alle psychischen Vorgänge im Ich als Sog. In der analytischen Situation begünstigt, bei der Einstellung auf den freien Einfall, das entspannte denkerische Sichgehenlassen die Kraft des Soges. Ihm fließen offenbar Energien zu, die sonst zur ichhaften Lebensbewältigung gebunden sind. In der Übertragung projiziert der P. in den A. unabwendbar in letzter und höchster Intensivität unbewußt die tragende, bergende und nährende Mutter. Er verharrt ubw. in ihr, so wie der Religiöse im Tempel verharrt, wenn er auf den Knien über alle Stufen der „Scala santa“ bis zur obersten der Gottnähe hinaufkriecht. Zuoberst will er finden, was er zuunterst verlor.

Der A. seinerseits muß ebenso unausweichlich ubw. die beschriebene Projektion seines P. annehmen. Kann er sich dieser Rolle auch richtig und genügend bewußt sein oder werden? Kann er sie sich selber und seinem P. klarmachen, oder es wenigstens versuchen? Und wenn es geschieht, werden nicht beide trotzdem (hoffentlich gelockerter!) stets — d. h. bis zum Schluß der letzten Sitzung einer Behandlung — in tiefster Unterströmung ihrer Psyche darin verharren? Ich bin davon überzeugt. Denn die ubw. oder bewußte absolute Heilungserwartung des P. kann gar nicht erfüllt werden, es sei denn, ihm widerführe das seltenste Ereignis eines Erlösungserlebnisses, verwandt etwa jenem, das *K. v. Dürkheim* (1954) als den „Durchbruch zum Wesen“ schildert (speziell im Kapitel „Heilung von Wesen zu Wesen“, S. 135).

Im A. bleibt jedoch nicht allein die auf ihn projizierte absolute transzendente-göttliche Erlöserfähigkeit vom Leiden wirksam, sondern — wie bereits betont — die a priori in ihm selber angelegte und verankerte Gegebenheit der totalen „Heilung“ für sich selbst und somit auch deren Gegenübertragung auf den P. *Caruso* schrieb mir dazu: „Ich für meine Person vermute mit steigender Entschiedenheit, daß der von mir in ‚Psychoanalyse und Synthese der Existenz‘ damals als ‚objektiv gegebener‘ beschriebener ‚Erlöser-Archetypus‘ in Wirklichkeit das Merkmal der tiefsten psychoanalytischen Regression darstellt, welche auf die primäre Erlebniseinheit hinweist“.

Die gegenseitige Identifizierung wird hier in der Erlebniseinheit zur Identität — ganz verwandt jener, die *Nietzsche* in seiner „Geburt der Tragödie“ geschildert hat: „Das Übermaß enthüllt sich als Wahrheit, der Widerspruch, die aus Schmerzen geborene Wonne sprach von sich aus dem Herzen der Natur heraus. Und so war überall dort, wo das Dionysische durchdrang, das Apollinische aufgehoben“. „... Hier bietet sich unseren Blicken das erhabene und hochgepriesene Kunstwerk der attischen

Tragödie und des dramatischen Dithyrambus, als das gemeinsame Ziel beider Triebe, deren geheimnisvolles Ehebedürfnis, nach langem vorhergehendem Kampfe, sich in einem solchen Kinde — das zugleich Antigone und Cassandra ist — verherrlicht hat“.*

Trefflicher könnte ich das, was sich zwischen A. und P. abspielt, nicht kundtun, als es *Nietzsche* für das Verhältnis von Tragödienchor und Zuschauern schildert: „Die Konstitution des Tragödienchors ist die künstliche Nachahmung jenes natürlichen Phänomens, bei der nun allerdings eine Scheidung von dionysischen Zuschauern und dionysischen Verzauberten nötig wurde.

Nur muß man sich immer gegenwärtig halten, daß das Publikum der attischen Tragödie sich selbst in dem Chore der Orchestra wiederfand, daß es im Grunde keinen Gegensatz von Publikum und Chor gab“.

Über die geschilderte duale Erlebniseinheit in der analytischen Situation findet der Suchende in der bisherigen analytischen Literatur wenig verzeichnet, und ich kann mir sehr wohl vorstellen, daß die Großzahl der Analytiker ihr auch heute noch skeptisch begegnet oder sie entrüstet ablehnt. Die Frage nach dem Warum ergibt eine eindeutige Antwort: sie anerkennen keine intrauterine Psyche, womit sie allerdings für den Ursprung und die primärste und wichtigste Entwicklungsphase des Psychischen und deren Manifestationen im postnatalen Dasein wenig einsichtig bleiben und schließlich mit dieser Einstellung gegen die Gesetzmäßigkeit des Leib-Seele-Einheitsprinzips verstoßen.

II. Wenn sich der A. in der Analyse der dualen Erlebniseinheit zwischen ihm und seinem P. bewußt ist oder wenigstens bestrebt ist, es zu werden, dann stellt sich ihm die Frage seines Verhaltens oder seiner „Technik“. Im Zeitalter der Technik sollten wir allerdings gerade für das Geschehen in der Psychoanalyse den Begriff der Technik ausmerzen — ein unglücklicher Begriff, der vor allem dem Hilfesuchenden unfaßbar ist und ihn sogar abstößt. Es ist ja auch tatsächlich keine Technik, denn der Begriff beinhaltet ein starres, schematisches, ja seelenlos-unlebendiges, eben „technisches“ Geschehen. Und gerade das wollen wir vermeiden.

Es gibt bessere Begriffe wie: Verfahren, Vorgehen, Handhabung, Methode usw. Durchgängige Richtlinie bleibt natürlich, auch beim Wissen des A. um die duale Erlebniseinheit, daß er vor allem immer wieder das, was der P. sprachlich oder in sonstigem Verhalten bekundet, annimmt und wenn angängig — d. h. wenn es dem P. einigermaßen erfaßbar werden kann — in der Deutung bewußter und in einen erweiterten Zusammenhang bringt.

Ich möchte richtig verstanden werden: Ich propagiere mit der Aufklärung über die duale Erlebniseinheit in der Analyse und mit den in

* Ich verweise hier auf die vielen Vorträge und Vorlesungen, die Prof. Dr. E. Blum über verwandte Themen im „Berner Arbeitskreis für Tiefenpsychologie“ hielt.

meinen Büchern hervorgehobenen Vorstellungen und Ausführungen über die intrauterine psychische Entwicklung, über das Geburtstrauma, die Total-Regression, den Ur-Widerstand, den Einfluß des pränatalen Seelischen auf die postnatale Lebensgestaltung usw. keine neue Technik der Psychoanalyse, sondern lediglich eine Vertiefung des bisherigen Verfahrens, und ich stehe mit diesem Anliegen heute nicht mehr so ganz allein da.

Ein kurzer historischer Rückblick kann meine Stellungnahme verdeutlichen. Im Jahre 1926 erschien von O. Rank der erste von drei Bänden seiner „Technik der Psychoanalyse“, betitelt: „Die analytische Situation. Illustriert an der Traumdeutungstechnik“*. Es war die revolutionäre Idee Ranks, daß in der analytischen Situation stets die ihr „zugrunde liegende Mutterbindung“ vom Beginn der Behandlung an analysiert werden müsse.

Der A. müsse entsprechend aktiv durch die von ihm geübte Terminsetzung und Provokation einer Ablösung von ihm mit der damit reaktivierten Geburtsangst, dem Trauma der Geburt, eine wesentliche Verkürzung der Analyse, eine raschere Heilung erzielen. Rank ging also in jeder Analyse stets von Anfang an das, was ich als den Urwiderstand bezeichnete (Graber, 1968) an, und wartete nicht ab, bis dieser „im Endprozeß der Kur als Wiederholung des Geburtstraumas automatisch abläuft“. Rank nennt sein Verfahren „nur ein mutigeres Anwenden unserer Kenntnisse, insbesondere von den tiefsten seelischen Schichten, zu denen der Zugang dem P. selbst immer verschlossen bleibt“. „Die ganze Therapie“ ist auf das emotionelle Übertragungsverhältnis basiert. „Kein historisches Material suchen, auch nicht auf Erinnerung warten, sondern nur die alten Affekte freimachen“ — gemeint ist vor allem der Angstaffekt des Geburtstraumas.

Ferenczi (1924), der lange Zeit in der Auffassung über das aktivere Verfahren in der Analyse mit Rank einig ging, trennte sich dann von ihm und veröffentlichte u. a. 1927 eine Arbeit: „Zur Kritik der Rankschen ‚Technik der Psychoanalyse‘“, worin er mit Recht bemerkte, daß schon der Titel irreführend ist, denn „es ist nicht die Technik der Psychoanalyse, sondern ‚die Ranksche Technik‘ oder etwa die ‚Geburtstechnik‘ der Neurosenbehandlung“. Ferenczi wirft schließlich Rank „Oberflächlichkeit“, ja sogar „vollkommene Verblendung“ vor.

Ich kann mir wohl vorstellen, daß Rank bei und nach der Abfassung seines Buches „Das Trauma der Geburt“ in eine Art revolutionäre Faszination geriet. Aber das Revolutionäre drang, zunächst im „Comité“, dann bei Freud und schließlich in der ganzen Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung nicht durch. So stand Rank schließlich fast allein da

* Mir ist nur dieser erste Band zugänglich. Die Titel der späteren lauten: „Die konstruktiven Elemente“ und „Die Analyse des Analytikers“.

und setzte allein seine „Revolte“ fort. Mit ihm hatte ich leider nie Kontakt, und ich verlor ihn schon vor 40 Jahren auch zu seinen beiden von mir erwähnten Büchern. Heute kann ich den Unterschied zwischen seiner und meiner Handhabung der analytischen Praxis verdeutlichen: Statt Revolutionierung der psychoanalytischen Praxis, wie sie *Rank* forderte und ausübte, lag mir stets lediglich am Ausbau und der Vertiefung der bestehenden und grundlegenden Erfahrungen *Freuds*, die mir im Verlauf von Jahrzehnten aus seiner Grundregel des freien Einfalls wegleitend blieb — außerdem daran, „die dem Kranken unbekannten Widerstände“* und jene im Analytiker unbewußten der Gegenübertragung aufzudecken und zu erkennen.

III. Im Zusammenhang mit meiner Skizzierung „Vom Ursprung zum Sieg des Großen Aggressors“ (*Graber*, 1969) stellt sich die Frage, wie sich das Gesetzmäßige des Ursprungs- und Einheitsgeschehens von Entstehung und Vernichtung, von Leben und Tod in der analytischen Situation manifestiert. Daß es sich auch hier wirksam realisiert, daran kann kein Zweifel bestehen, denn wo Leben existent ist, da ist auch der Tod in ihm existent. Brennend bleibt die gesonderte Frage eines „Aufeinanderprallens“ beider in der Erlebniseinheit von A. und P. Kann sich, soll sich der A. diesem Einheitserleben entziehen, wenn der P. Todesnöte durchstehen muß? Oder muß er in der Konjunktion, wie sie C. G. *Jung* (1956) beschreibt, mit dem P. nicht nur die Todesnöte durchstehen, sondern mit ihm auch den „Tod“ des Ichs und aller Identifizierungen bis zur Identität miterleben, besser: „mitsterben“?

Beide erwähnten Verhaltensweisen des A. wären äußerste Extreme. Sie werden in der Praxis kaum je durchführbar sein, vielmehr ist es so, daß der A. von beiden beeinflusst, je nach seiner eigenen seelischen Strukturierung, seiner Identifizierungs- und seiner Einfühlungsgabe mehr dem einen oder mehr dem anderen zuneigt und zu seiner Realisierung in der Lage ist.

Einer der befähigsten Analytiker hat bereits vor bald vierzig Jahren in der Arbeit „Kinderanalysen mit Erwachsenen“ eine Darstellung der gezeichneten Problematik gewagt, in der er in schonungsloser, unverhüllter und tiefgründiger Selbstanalyse uns Analytikern — und besonders den

* Nach Abfassung dieses Beitrages erhielt ich die neueste Nummer der Zeitschrift „Action et pensée (45. Jhg., H. 3, Sept. 1969) mit einem einleitenden Aufsatz des verstorbenen Kollegen Charles Baudouin: „Les éléments de la situation analytique“ (Abdruck aus *Acta Psychotherapeutica et Psychosomatica*, vol 4, pp. 203—217, 1956), in dem der Verfasser sich mit Ranks Büchern „Technik der Psychoanalyse“ befaßt. Er schreibt in seiner „Conclusion“: „Otto Rank, ... 'un des analystes les plus perspicaces de la première génération des élèves de Freud ... , qui consacra d'ailleurs sa tardive 'dissidence', mais qui n'en demeure pas moins une des oeuvres capitales de la littérature psychanalytique et aujourd'hui encore les plus riches d'enseignement.“ und in einer Fußnote: „... on ne se souvient pas toujours de ce que l'on doit à Rank.“

Jungen unter uns — ein lebendigstes Vorbild ist oder sein sollte. Es ist S. Ferenczi (1931). Er bekennt sich in diesem Festvortrag zum 50. Geburtstag *Freuds* zum allgemeinen „Vorwurf“ als „unruhiger Geist“, als „enfant terrible der Psychoanalyse“ und nimmt die Einladung der Wiener Psychoanalytischen Vereinigung an, sie zugleich „als Argument gegen die Orthodoxie der Internationalen Vereinigung und ihres geistigen Führers, S. Freud, in die Wagschale zu werfen“.

Ferenczi mag auch heute noch in mancher Beziehung als „enfant terrible“ der orthodoxen Psychoanalyse gelten. Die schwierigsten Fälle lagen ihm, und er widmete sich ihnen besonders. Er gab nie auf, behielt „viele, viele Jahre hindurch“ Hoffnung und Glauben an eine Heilung des P., paßte sich „den Eigenheiten der Person, auch in der Methodik“ an, mahnte zu „tieferer Relaxation“, wenn „das, was wir freie Assoziation nennen, immer noch zu sehr bewußte Gedankenauswahl“ war. Die Anpassung an den P. ging so weit, daß er z. B. „das Du und die Umarmung eines P., der ihn mit dem Großvater identifizierte, annahm und mit ihm das ‚Spiel‘ Großvater-Enkel fortsetzte“. Mit dem neuen „technischen Kunstgriff“ erreichte er in steigendem Maße bei seinen Patienten die „reale Reproduktion der traumatischen Vorgänge der Urverdrängung, ... auf der Charakter und Symptombildung schließlich beruhen“. Sehr häufig stieß Ferenczi auf das Trauma des Verlassenseins als Wiederholung des Urtraumas der Trennung von der Mutter bei der Geburt. Es kam dabei vor, daß der P. anfang, „die Gefühle des Vergehens und Sterbens zu erleben, ... das Auftreten tödlicher Blässe im Gesicht und ohnmachtähnliche Zustände“ sich zeigten — eine Art von „infantil-traumatischer Entrückung“. Ferenczi ist überzeugt, daß bei „grenzenloser Geduld“ — und soweit seine Erfahrung reicht — „kommt es früher oder später, allerdings oft sehr spät, zum Zusammenbruch des intellektuellen Überbaus und zum Durchbruch der doch stets primitiven, stark emotionalen Grundlage“. Dann „erst beginnt die Wiederholung und Neuerledigung des ursprünglichen Konflikts zwischen dem Ich und der Umwelt, wie sie sich in der Infanzzeit abgespielt haben muß“.

IV. Vertiefen wir uns nochmals in einen kurzen historischen Rückblick. Es gibt so viele unter den jungen Analytikern, die wissen herzlich wenig über die Forschungsleistung unserer Vorgänger aus der Zeit vor 1933. Begreiflich, denn die entsprechenden Publikationen aus jener Zeit waren und sind ihnen kaum mehr zugänglich geworden. Deshalb mutet uns Älteren manches so uralt an, was über die Methode der Psychoanalyse als neue Entdeckung propagiert wird. Erinnern wir uns doch daran, daß bis zu jenem Zeitpunkt die Vaterbeziehung in der Übertragung und in Problemstellungen im Vordergrund stand, daß ferner auch in der Analyse der Triebverdrängungen jene des Sexualtriebes das Hauptinteresse beanspruchte, daß Freud erst 1931 eine erste Abhandlung „Über die weib-

liche Sexualität“ veröffentlichte — gerade in einer Zeit, da er sein Interesse mehr und mehr dem zweiten Primärtrieb, dem Aggressionstrieb zuwandte. In steigendem Maße gilt dieses Interesse seither bei den Tiefenpsychologen allgemein dem Letzteren. Das hat drei Gründe: einmal zwangen die Schrecken des zweiten Weltkrieges, mehr über Aggression und Destruktion zu wissen, zum anderen konnte die Fixierung der Verdrängung des Aggressionstriebes erst nach einer Lockerung der Sexualverdrängungen angegangen werden, weil sie tiefer verankert ist, als jene des Sexualtriebes. Drittens — und das scheint mir der wichtigste Grund — Aggression ist engstens verhängt mit dem Tod. Alles, was im Leben an Lust, Unlust und Schmerz dem Menschen begegnet, erträgt er eher als die Angst und das Grauen vor dem Tod. Und da Geburtstrauma, Todes- und Weltuntergangsangst als granitharter Komplex in tiefem Seelengrund engstens zusammengehören, unterliegt er der Urverdrängung und begegnet uns in der analytischen Situation als Urwiderstand — nicht nur beim P., auch beim A.

V. Nach einem Versuch einer „Analyse der geburtstraumatisch und totalregressiv bedingten Urwiderstände“ (op. cit.) seien hier noch einige Gedanken geäußert, die neue Streiflichter zur analytischen Situation des Skotoms von A. und P. über Todes- und Weltuntergangsängste geben mögen.

Ein P. (51), der schon einige Jahre in Analyse ist, beruflich „seinen Mann stellte“ und Karriere machte, bekundet, daß ihn der Tod nicht besonders störe. Er habe zu ihm eine ganz normale Einstellung, wie andere Leute auch. Mit seinen Symptomen verrät er aber, daß die infantilen, traumatischen Ängste vor Tod und Weltuntergang noch ebenso heftig in seinem Ubw. wirksam sind. Er intellektualisiert die Analyse wie ein braver Schüler, klagt, daß er wohl sehr viele neue Erkenntnisse gewonnen habe, aber sie hätten ihm wenig geholfen, hätten u. a. sogar seine Impotenz (eines seiner Symptome) verstärkt. Dabei wird immer deutlicher, wie sehr er einem Zwang erliegt, jegliche aggressive Äußerung zu vermeiden; denn sie könnte zu einem „Außer-sich-geraten“ führen, „der Primitivmensch mit seiner Aggressivität könnte mit ihm durchgehen. Er würde toben, schließlich in Ohnmacht fallen und mit einem Herzinfarkt sterben“. Wir bemerken die Lücke im Affektablauf. Das Toben gegen mich, der „Totschlag“ gegen mich fehlen. Schon als Kind war er ein „revolutionärer Anführer“, wollte später als Junge auftrumpfend „auf die Barrikaden steigen“, provozierte mit seinem Vater Wortgefechte und brach bei letzterem zum Schluß stets in Tränen aus. Im affektschwachen „Wortgefecht“ gegen mich kann es ebenfalls geschehen, daß ein „befreiendes“ Weinen beim P. einsetzt.

Wir verstehen, daß mit dem Vermeiden eines Affektdurchbruches der Tod in Schach gehalten wird, „besiegt“ wird. Dabei „gelingt“ dem P.

nicht nur die „unendliche Analyse“, sondern auch die Illusion der ewigen Lebensdauer.

Der geschilderte Fall ist aus vielen mit verwandter Problematik herausgegriffen, und es ist wohl denkbar, daß lesende Kollegen nichts so Außergewöhnliches daran finden.

Wie aber verhält sich der A.? Was tut er? Muß er eine besondere „Technik“ anwenden? Dauerndes Schweigen als Provokation? Affektives Provozieren? Vermeiden jeglicher Provokation? Entspannender Dialog? — Jeder mag nach seiner Art und Erfahrung den Analysenverlauf zu fördern trachten.

Zum Abschluß dieses Beitrages sei mir gestattet, im Zusammenhang mit dem skizzierten Fall noch einige Gedanken zu äußern, die Überlegungen allgemeiner Natur zur analytischen Situation entsprechen.

Die von einem P. betonte Unfähigkeit eines Aggressionsdurchbruches kann — wie bei dem gezeichneten Fall — nicht allein an der Todesangst liegen, sondern auch ganz äußerlich an der klassischen analytischen Situation mit der „schiefen Ebene“, auf der sich A. und P. befinden. Der A. oben, der P. unten. Der A. hat „alle“ Macht, wird vom P. erhöht, oder steigt selbst auf allen Sprossen hinauf bis zur Gottähnlichkeit. Der P. ist der Machtlose. Er wird niedergelegt, erniedrigt, muß erliegen und ist — hat er sich einmal in das Unvermeidliche gefügt — erlegen.*

Er befindet sich jetzt, auf dem Rücken liegend, in der Demutsstellung und verharret darin notgedrungen Monate, Jahre.

Konrad Lorenz (1965) hat mit einer überzeugenden Fülle von Beobachtungen aus der Tierwelt gezeigt, daß der Aggressionstrieb begrenzt ist, vorausgesetzt, daß er in seiner Haltung verharret. Lorenz stellt die Frage nach verwandtem Verhalten beim Menschen. „Die Parallelen ... sind in der Tat oftmals verblüffend und einander bestürzend ähnlich“ (A. Koeberle, Jahrbuch „Der Psychologe“, 1969, S. 44).

Hunde z. B. legen sich als Besiegte auf den Rücken. Beim Ringkampf

* Etymologisches:

Liegen: urgermanisches Wort: liegen im Mutterleib — also auch sprachlich uralt. ligen, licken. Die indogerm. Form legio. Griechisch: *leketai* = legt sich schlafen, viele Ableitungen aus dem indogerm. Lager, Hinterhalt. — Neulich fand eine P., daß das Sitzen des A. hinter ihr hinterlistig und hinterhältig und daher beleidigend sei.

Im Altslavischen gibt es eine Präsenzform mit Nasal lega = lege mich.

Legen = ahd. und mhd. = legen, ursprünglich aber legen machen — auch der Vogel legt — er leget die Eier nieder (wie der A. den P.), macht sie liegen (legen).

Ferner verwandt: löschen = erlöschen ist ursprünglich = sich legen — löschen = erlöschen machen = aufhören zu brennen, verwandt dem freien Einfall = Entspannung = erlöschen machen vom Gespannten, zielgerichteten Denken.

Löschen ist auch in der Seemannssprache (ab 1359 in Brügge), d. h. das Schiff als Henne oder Mutter wird von seinen „Eiern“ (Fracht, Kindern) entbunden — gelöscht.

der Männer gilt der auf den Rücken gelegte als besiegt und anerkennt in dieser Demutsstellung die Niederlage.

Im larvierten Ringen zwischen A. und P. dauert es für den über die klassische analytische Situation unaufgeklärten P. gelegentlich wochenlang und länger, bis er den Widerstand aufgibt und die „Niederlage“, das Liegen und damit die Demutsstellung ein- und annimmt. Manchmal weigert er sich so energisch und für alle Zukunft dagegen, daß dem A. nichts anderes übrig bleibt, als sich ihm gegenüberzusetzen; es sei denn, er läßt seine Autorität spielen und erklärt, was ich einmal aus dem Munde eines geschätzten Kollegen vernahm: „Die Methode bestimme ich“.

Das Ringen zwischen A. und P. geht auch dann weiter, wenn der P. äußerlich die Demutsstellung eingenommen hat — ein Ringen, das letzterer von seinem Widerpart in ihm auf den A. projiziert — genau so wie der Kampf zwischen einer besiegten Nation und dem Sieger unerschwellig weitergeht, wenn der Besiegte in der Demutsstellung verharren muß. Sie wird stets zum unversiegbaren Quell neuer Aggression.

Der Nieder-Lage des P. entspricht in der analytischen Situation stets eine biologische Verhaltens-Urform, das Liegen im Mutterleib (wir sprechen nie vom Sitzen oder Stehen im Mutterleib).

A. und P. erwarten vom analytischen Verfahren eine Wandlung des P., eine Genesung, ein Wachstum aus seinen Infantilismen zum Erwachsenen. Vom A. wird keine derartige Wandlung erwartet oder gefordert, höchstens eine psychische „Ernährung“ und Bergung seines P. Verwandt ist das Verhalten der schwangeren Mutter: Schutz, Bergung und körperliche Ernährung ihres Kindes, damit es wachse zum vollreifen Fötus, der eines Tages, nach der Überwindung eines „Todeskampfes“ bei der Geburt, das Leben in der Welt gewinnt, zunächst auch noch liegend, dann sitzend, kriechend, stehend und schließlich schreitend. Dabei ging für den neuen Erdenbürger eine frühere Daseinswelt unter.

Die postnatale Daseinswelt fordert erhöhten Lebenskampf, in dem die Triebe und das Ich mobilisiert und in Dienst gestellt werden (Graber, 1966). Der Kampf ist stets, auch in der kleinsten Regung, ein „Kampf um Leben und Tod“. Das mag unsinnig scheinen, weil wir uns dessen wenig und selten bewußt sind, weil der „Lebenstrieb“ nach aller Erfahrung immer wieder „Sieger“ wird, der Tod seine „Niederlagen“ einstecken muß. Das ist eine „olympische Traumgeburt“ (Nietzsche), die große Lebensillusion. Denn Sieger ist vom Ursprung des Lebens an der Tod in allem Lebendigen. Er ist in einer Erscheinung erkennbar, die gleichzeitig ihn stets abzuwehren vermag. So wie das Leben des Menschen mit der Urzelle beginnt, sich in der intrauterinen Phase mit dem Eingeschlossensein und der völligen Abhängigkeit fortsetzt, das ganze erste Lebensjahr nach der Geburt darin weiterreicht (A. Portmann, 1965), so können wir deutlich durch das Leben hindurch die Grundhaltung als De-

muntsstellung wahrnehmen. Im Kindesalter wird sie (sogar im Trotzalter) offensichtlich. Die Pubertät erzeugt einen Schub nach Befreiung, aber mit Ausnahme einiger krimineller Erscheinungen, verharret der Mensch in der Demutsstellung, die sich jetzt — ausgerichtet auf das Realitätsprinzip — mehr und mehr gegen Autoritäten in der Berufsausbildung und später im Beruf äußert. Aber sie behaftet ihn auch in der Einhaltung von moralischen und strafrechtlichen Kulturgeboten, die schließlich, verinnerlicht, vom herrschenden Über-Ich ausgehen. Freilich, in unserer Zeit sucht die Jugend alle diese Fesseln zu sprengen, und der Eindruck drängt sich auf, die Menschheit sei ins Pubertätsalter vorgestoßen.

In der analytischen Situation sind die Beziehungen zwischen der Autorität des A. und dem Darnieder-Liegenden m. E. noch zu wenig untersucht. Sie sollten von Grund auf analysiert und soweit wie möglich gelöst werden — dies ebenso sehr wie diejenigen der geschilderten dualen Erlebniseinheit.*

Zum Abschluß meiner Ausführungen verweise ich nochmals darauf, wie gerade in der analytischen Situation der Lebens- und Todeskampf — im Ursprung des Lebens beginnend — wie kaum sonst irgendwo so tief bewußt werden kann und bewußt gemacht werden sollte. Gerade hier, wo des A. und des P. Weg wirklich zum Ursprung unseres Daseins zurückgehen kann, es wohl auch unbewußt stets tut, um in der daraus erwachsenen Neubelebung des Strebens vorwärts, tiefer zu erkennen und zu verstehen, daß unser Leben immerzu, allem zum Trotz, dem Tode erliegt: eine Erkenntnis letzter Gewißheit, ebenso wie auch jene andere, daß seelische Energie niemals erlischt, sondern im Tode — vom Leib sich lösend — ihrem Ursprung im atomaren All, dem „Lebendigstewigen“ (*Hölderlin*), sich wieder verbindet.

A. und P. geraten mit der Verfolgung dieser Erkenntnisse mehr und mehr in die duale Erlebniseinheit die aus der Haftung an Besonderem und Einzellnem hinausführt ans Allgemeine jeglicher Kreatur. Hier, im Allgemeinen, verblassen die kleinen Nöte des Lebens.

Zusammenfassung

Die Arbeit geht von den neuesten Forschungen und der erwiesenen Tatsache der intrauterinen Psyche aus (*Liley, Raskowsky, Kruse, Garma, Kemper, Graber* u. a.) Die intrauterine Grundstruktur des Seelischen erweist sich auch im postnatalen Dasein als das ureigenste Seelische wirksam — so besonders in der psychoanalytischen Situation zwischen Analytiker und Analysand. In der Totalregression des Patienten wird die Wiederherstellung der Dual-Einheit, wie sie zwischen schwangerer Mutter

* Um Mißverständnissen vorzubeugen, möchte ich nochmals betonen, daß ich keineswegs Gegner der klassisch-psychoanalytischen Methode, wie Freud sie lehrte, bin. Ich habe sie ca. 50 Jahre ausgeübt. Ich meine bloß: sie muß vertieft werden.

und Kind bestand, unbewußt erstrebt. Die gegenseitigen Identifizierungsvorgänge zwischen Analytiker und Patient werden in tiefster seelischer Region zur unbewußten Identität. Ich propagiere für diese Erkenntnis und Erlebniseinheit keine neue Technik der Psychoanalyse, aber ihre Vertiefung (dies im Unterschied zu O. Rank).

The Dualistic Union in the Analytic Experience

Gustav Hans Graber

This publication is based upon the results of the newest psychological research work and the proved reality of the existence of an intra-uteranian soul, i. e. the embryonal existence of a psychic faculty (viz the respective publications of Liley, Raskowsky, Kruse, Garma, Graber a. o.).

This intra-uteranian base of all human psychology is existent not only during lifetime after birth but already as the real aborigin source of the soul — found mainly during the psychoanalytical form of contact between the analyst and his analysand. In the form of a complete regression of the patient, the dualistic union between the pregnant mother and her coming child is unconsciously reawaked. The reciprocal process of identification between analyst and analysand leads in a deep psychic region (sphere) to a subconscious identity. The author propagates for this cognition and this reciprocal experience not a new way of psychoanalytical technics but a deepened variation of the process (this in opposition to Otto Rank and his work).

Literatur

- Caruso, I. A. (1952): Psychoanalyse und Synthese der Existenz (Wien/Freiburg: Herder)
 — (1968): Die Trennung der Liebenden. Eine Phänomenologie des Todes (Bern/Stuttgart: Huber)
 Dürkheim, v., K. (1954): Durchbruch zum Wesen (Zürich: M. Niehans)
 Ferenczi, S. (1927): Zur Kritik der Rankschen „Technik der Psychoanalyse“, in: Bausteine der Psychoanalyse Bd. II (Bern: Huber, 1964)
 — (1931): Kinderanalysen mit Erwachsenen. Festvortrag zum 50. Geburtstag Freuds, in: Int. Z. f. Psychoanalyse, Bd. XVII, H. 2
 —, Rank, O. (1924): Entwicklungsziele der Psychoanalyse. Zur Wechselbeziehung von Theorie und Praxis (Wien: Int. Psychoanalytischer Verlag)
 Freud, S. (1931): Über die weibliche Sexualität. Ges. W. Bd. XIV (London: Imago)
 Graber, G. H. (1966): Die Not des Lebens und ihre Überwindung. Zur Tiefenpsychologie des Geburtstraumas und der nachgeburtlichen Lebensgestaltung (Bern: Ardschuna)
 — (1968): Zur Analyse der geburtstraumatisch und totalregressiv bedingten „Urwiderstände“, in: Jhb. f. Psychologie, Psychotherapie u. med. Anthropologie, 15. Jhg., H. 3—4
 — (1969): Vom Urprung zum Sieg des Großen Aggressors. Referat gehalten auf der 5. Tagung der Innsbrucker und Berner Arbeitskreise f. Tiefenpsychologie in Innsbruck, in: Jahrbuch „Der Psychologe“ (Bern: Ardschuna)

- Jahrbuch „Der Psychologe“ (1969): Hrsg. v. G. H. Graber (Bern: Ardschuna)
Jung, C. G. (1956): Psychologie der Übertragung (Zürich: Rascher)
Lorenz, K. (1965): Das sogenannte Böse (Wien: Borotha-Schoeler)
Portmann, A. (1965): Vom Ursprung des Menschen (Basel: Reinhardt)
Rank, O. (1924): Das Trauma der Geburt und seine Bedeutung für die Psychoanalyse (Wien: Int. Psychoanalytischer Verlag)
— (1926): Technik der Psychoanalyse, Bd. I. Die analytische Situation. Illustriert an der Traumdeutungstechnik (Leipzig/Wien: Deuticke)

Adresse des Autors:
Dr. phil. G. H. Graber
3018 Bern
Gotenstr. 6

Drei Arten der psychisch-dynamischen Abläufe

Imre Hermann*

Imre Hermann, einer der ältesten, noch lebenden Psychoanalytiker, die die Anfangszeit der Psychoanalytischen Bewegung erlebt haben, veranschaulicht in dieser Arbeit seine Theorie vom wirbelartigen Ablauf psychischer Prozesse und der Triebvorgänge an Phänomenen, die sich in der analytischen Situation und im Triebgeschehen beobachten lassen. Der sogenannte Todestrieb ist aufgrund dieser Theorie keine unabhängige Realität, sondern eine formale Eigenschaft des Triebablaufs, der mit zunehmender Intensität alle psychische Kraft und Funktion, die das Ich zur Aufrechterhaltung der Lebenssicherheit benötigt, mit sich reißt.

Abschließend befaßt sich Imre Hermann mit seinen Forschungen über Musikalität, Perversion und *déjà vu*-Erlebnissen auf dem gemeinsamen Hintergrund eines veränderten Wirklichkeitssinnes, der Dominanz des akustischen über den erotischen Wirklichkeitssinn.

I. Eine Wirbeltheorie der psychischen Abläufe und der Triebe

Die Theorie vom wirbelartigen Ablauf psychischer Prozesse und Triebvorgänge (Hermann, 1935) soll deren spezifische Dynamik veranschaulichen: sie weist auf einen Ablauf mit verschiedenen Niveauhöhen, bei welchen die Anziehungskraft des Kerns mit der Nähe zum Zentrum wächst. Diese Annahme setzt voraus, daß das Unbewußte verschlungene Wege geht (Hermann, 1935, 1940), ebenfalls ein anschauliches Schema, womit die unstete Richtung des Unbewußten mit seiner Ambivalenz, sich einem Ziel zu nähern und sich von ihm zu entfernen, bezeichnet werden soll.

Im Folgenden soll dieser wirbelartige Ablauf psychischer Prozesse vorerst an einer Reihe von beobachteten Erscheinungen veranschaulicht werden, um anschließend daraus Folgerungen zum Triebgeschehen zu ziehen.

A. Erfahrungstatsachen wirbelartiger Erscheinungen:

1. Das Auftauchen analytischen Materials. — Überläßt sich der Analysand dem Gang der Analyse, so verhält er sich oft, als sei er in einer Strömung, die ihn mit sich reißt, von der er sich tagelang nicht befreien kann. Er kann nächtelang nicht schlafen; tagsüber ist er verwirrt, und seine Gedanken bringen ihn immer wieder in die Nähe des ihn aufwühlenden Themas. Auch das Schwindelgefühl nach der analytischen Stunde wird teilweise durch das Aufgewühltsein verursacht.

2. Der analytische Widerstand resultiert oft aus der Angst vor diesem Zustand. Der Analysand fürchtet, wenn er in die „Strömung“ gerät, nicht mehr haltmachen zu können; dieses Gefühl drückt er entweder unmittel-

* Psychoanalytiker, Budapest

bar oder durch ein anderes Gefühl aus: durch die Furcht, verrückt zu werden.

3. Bildung depressiver und zwanghafter Symptome. — Oft läßt sich beobachten, daß diese Symptome den Eindruck hervorrufen, in den Wirbel geraten zu sein. Dabei lassen sich zwei Abläufe feststellen: Einmal ist es die Inkubationszeit, in der der Kranke kaum merkbar in sein Symptom hineingleitet, zum anderen die Phase, in der sich das Symptom immer stärker festsetzt, so daß am Anfang, wenn man entschlossen bleibt, die Befreiung noch durchführbar ist, später aber die Kraft des Ichs dem Toben des Symptoms gegenüber vollständig versagt. Ein Kranker beklagt sich etwa über zeitweise starke Speichelbildung, die einen Schluckzwang auslöst. Wenn er zu Beginn der Speichelbildung festbleibt, kann er noch die Gewalt über das Symptom behalten. Gelingt ihm dies nicht, hat er später keine Macht mehr über das Symptom. Die Kenntnis dieser Tatsache hat auch praktischen Wert. Wenn wir die Aufmerksamkeit des Kranken stärker auf die Inkubationssymptome lenken können, dann gelangt das Symptom nicht zur Wirbelbildung und das Unbewußte wird für die Symptomanalyse in statu nascendi zugänglicher. Auch die „Sprengung biologischer Zirkelbildung“ gelingt am Anfang des Zirkels eher, als in seinem weiteren Verlauf. Bei Entwicklung von Wut läßt sich gleiche Wirbelartigkeit feststellen. Wie ein Analysand sagt, kann sein Zorn durch ein wohlwollendes Lächeln des vermeintlichen Beleidigers im Anfangsstadium sofort beschwichtigt werden; bleibt aber dieses Lächeln aus, so kann später niemand mehr das Anwachsen des Zorns eindämmen.

Beginnt jemand die Analysenstunde mit Schweigen, so erfahren wir etwas Analoges: gelingt es am Anfang durch eine Interpretation des Schweigens, dem Analysanden zum Reden zu verhelfen, so läuft die Stunde ruhig weiter; gelingt dies jedoch nicht zu Beginn, so kann eine spätere Interpretation die Lösung nicht mehr bringen.

4. Triebphänomene und Triebcharaktere. — Wie bekannt, hat auch die Onanie einen Wirbelcharakter; der Kranke enthält sich der Onanie, bis er aus irgendeinem Grunde, etwa nach einer Enttäuschung, wieder onaniert. Danach gelingt es ihm immer weniger aufzuhören. Eine mit der Wirbelbildung zusammenhängende Erscheinung ist die von *Reich* (1925) beschriebene Schwierigkeit der Triebcharaktere, einen genitalen Orgasmus zu erlangen; sie bedürfen dazu masochistischer Manipulationen; es ist, als ob der Wirbel sie nicht loslassen wollte.

In einem von mir beobachteten Fall handelte es sich nicht um einen Triebcharakter, sondern nur um triebhafte Symptome. Oft geschah es, daß dieser Mann von einem anwachsenden unerklärlichen Drang gepackt wurde, einer Art Angst, die er auch in der Magengegend verspürte, und sich — unerklärbar vom Standpunkt der oberflächlichen Libido-

Ökonomie — auf der Straße herumtreiben mußte und Prostituierten nachfolgte. Nach mehrstündigem Herumtreiben kehrte er bei einer Prostituierten ein, verspürte aber dort keinen Koitusdrang mehr, zahlte und ging nach Hause.

Die Analyse brachte viel frühkindliches Material, doch soll das Gewicht hier nicht darauf, sondern auf die Wirbelartigkeit des Symptoms mit seiner nicht-genitalen Auflösung gelegt werden.

5. Der Koitus. — Hier kann von der *Freudschen* Feststellung ausgegangen werden, daß der Genitaltrieb solange neue Vorlust einschaltet, bis er auf den Weg der eigenen Lustauslösung gelangt ist (*Freud*, 1905). Er geht also nicht geraden Weges dem Koitus entgegen. *Reich* stellt uns Koituskurven vor, in denen er zwei Abschnitte unterscheidet. Im ersten Abschnitt verstärkt sich der Reiz nur allmählich und befindet sich fast vollständig im Willensbereich; der zweite Abschnitt ist steil und strebt vom Willen unabhängig — oder nur störend beeinflussbar — seinem Ziel entgegen (*Reich*, 1927). Diese Darstellungen lassen sich größtenteils mit der Vorstellung des Wirbels erfassen: Was sich in dieses Bild nicht fügt, ist die letzte Zielgerichtetheit; sie soll uns noch beschäftigen.

6. Der Nahrungstrieb. — Beim Nahrungstrieb finden wir die gleiche Dynamik. Ich selbst beobachtete eine Patientin mit Zwangshunger. Wenn sie nach Hungertagen nur einige Bissen aß, konnte sie weiterhungern, gab sie aber dem Hungertrieb nach und aß weiter, so war sie nicht mehr imstande, der Freßgier Einhalt zu tun. *Katz* (1932) hat dem Hunger- und Appetitverhalten eine besondere Studie gewidmet.

7. Die Furcht vor dem Wirbel als Symptombedeutung. — Die Angst vor Wirbelzuständen läßt sich nicht nur zum Verständnis der Widerstände, sondern auch zur Deutung des latenten Sinnes im Symptom selbst heranziehen.

Wer sich auch bei geringen Anlässen vor mächtigen Folgeerscheinungen fürchtet, fürchtet sich auch vor dem Trieb, der den Wirbelzustand auslöst. Der Kranke, den diese Angst beherrscht, fürchtet sich z. B. vor Massenversammlungen. Er begibt sich nur dann in eine Menschenmenge, etwa in die Kirche, wenn er sicher ist, daß er wieder hinausgehen kann, wenn er sicher ist, daß ihn die Menge, der Wirbel des „konzentrierten Triebes“, nicht mitreißt.

Bei einem zwanghaft selbstbeobachtenden Kranken läßt sich die ständige Beobachtung und Kontrolle seiner Körpergefühle auf die Angst vor Wirbelzuständen zurückführen. Eine Patientin erzählte von den Ängsten, die sie in der Kindheit in der Badewanne hatte: sie fürchtete sich, von dem abfließenden Wasser mitgerissen zu werden. Aber auch das tropfenweise Fließen des Wassers, dessen Laute sie in der Analyse an die schmatzenden Lippentöne der Mutter erinnerten, reizte sie. Über das Onanieverbot wurde die Badewannenangst als Abwehr des Wunsches

verstanden, in den Wirbel zu geraten, nämlich zwischen Mutter und Vater.

Der Wunsch, dem Triebwirbel zu entrinnen, kann auch durch Projektion des Wirbels in einen anderen Menschen ausgedrückt werden, so bei einer Frau, die plötzlichen Triebimpulsen folgte und Beziehungen zu jeweils einem ihrer männlichen Bekannten suchte. Sobald aber die Beziehung zustandekam, war sie — aus Angst vor dem Wirbel — nur noch bedacht, den Mann zu erregen und war zufrieden, wenn er in einen Wirbelzustand geraten war.

Dieser Schneeballeffekt des Wirbelzustandes beruhte auf Kindheitserlebnissen, in denen die Neckereien des Vaters, ihr Weinen und das Verlachtwerden durch die anderen, eine wichtige Rolle spielten.

Als Kehrseite der Wirbelartigkeit kann das „eckige“ Verhalten des Triebverdrängenden angeführt werden, wobei „eckig“ nicht nur als Wortbild, sondern als Realität verstanden werden soll. Ein junger Mann, dessen Erziehung zu starker Triebunterdrückung geführt hatte, erzählte, daß er sich in seiner Kindheit immer bemüht habe, eine schöne Schneckenlinie zu zeichnen, was ihm aber nie gelingen wollte. Ähnlich seinen eckigen Bewegungen, ging die Schneckenlinie immer in eine eckige Form über.

B. Triebtheorie

Das Es nimmt nach *Freud* die Triebwünsche in sich auf, aber wir wissen nicht, wie sie zum Ausdruck gelangen. Weil wir uns die Triebe selbst als Wirbel vorstellen, nehmen wir an, daß dies durch eine Richtungsqualität gegeben ist, die ein Teilstück von einem Wirbel ist. Damit geben wir aufgrund mehrerer Erscheinungen ein Triebmodell und wollen mit diesem Modell auch der *Freudschen* Feststellung gerecht werden, nach der der Trieb nicht den kürzesten Weg zu wählen pflegt. Die Wirbelartigkeit weist eine qualitative Beziehung zur Räumlichkeit auf, eine Auffassung, die auch *Wollheim* (1969) vertritt, wonach „the mind“ stets als etwas Räumliches betrachtet werden soll.

Meine These von der wirbelartigen Natur der Triebe stimmt mit dem überein, was *Freud* über Triebverdrängung lehrt. Die Urverdrängung zieht alles an, womit sie sich verbinden kann; die Triebrepräsentation entwickelt sich in der Verdrängung ungestörter und reichhaltiger, sie wuchert sozusagen im Dunkeln und findet extreme Ausdrucksweisen.

Am Triebwirbel unterscheiden wir die Bogenverläufe und den Kern. Der Triebwirbel will alles Seelische, was in seine Nähe kommt, mit sich reißen. Wenn wir uns so ausdrücken dürfen: die Energetik des Triebes besteht darin, im Wirbelkern alles ins Glühen — in die höchste Vollendung des Lebens zu bringen. Dieses Glühen ist das Endziel des Triebes.

Also nicht der Tod? Eigenartig eingebettet erscheint der Trieb hier im Wirbelkern, in der höchsten Vollendung des Lebens: der Tod lauert ihm auf, doch nicht, weil er in den Triebstrebungen enthalten ist, sondern weil alles andere schon nebensächlich geworden ist, weil alle Kräfte des Ichs vom Trieb mitgerissen werden und somit auch die, die zur Aufrechterhaltung der Abwehrmechanismen dienen; das Individuum wird taub und blind und gibt die der Realität angepaßte Außenweltorientierung, das Gerade-Gerichtetsein auf. Das Ich steht nun im Kampf mit dem Wirbel des Triebes, da seine Aufgabe der Schutz der Lebenssicherheit ist. Diese Lebenssicherheit wird vom Triebwirbel in höchstem Maße gefährdet. Nach gewissen Hungerperioden frißt der Hungernde, wenn er endlich dazu kommt, fast bis zum Zerplatzen.

Damit kommen wir zu einer Auffassung des Orgasmus, nach der das Ziel des Genitaltriebes nicht im Orgasmus liegt, sondern in einem Glücken, was sich vielleicht mit dem von *Pfeiffer* (1928) geprägten Begriff des „Dauerorgasmus“ umschreiben läßt. Nur, daß es eben kein Orgasmus ist.

Der Orgasmus kommt dadurch zustande, daß das Ich, das sich seiner Aufgabe endlich bewußt wird, den Triebwirbel mit seiner ganzen Kraft durch eine Lustprämie geradezurichten trachtet; es läßt die Kräfte nicht mehr dem Wirbelkern zuströmen. Die Ejakulation, der Orgasmus, gehören schon dem geradegerichteten, zielstrebigem Koitus an. So wie als Ort der Angst von *Freud* (1926) das Ich angegeben wurde, von dem aus die Angst Signale für das Unbewußte gibt, scheint auch der Ort des dem Lustprinzip unterworfenen Orgasmus im Ich und nicht im System der Triebe oder ihrer Repräsentanten zu liegen. Im Orgasmus zeigt sich ein — anlagemäßig sichergestellter — Kompromiß zwischen Ich und Es. Wir gelangen durch die Gegensätzlichkeit von Trieb und Ich zu der Auffassung einer Gleichzeitigkeit von Bedrohung und Schutz der Lebenssicherheit. Dieser Gegensatz wird auch durch die Funktionsweise des Triebwiderspruchs hervorgehoben: im Ich läßt sich nach dem *Weber-Fechnerschen* Gesetz die initiale Kraft der Intensitäten feststellen, mit späterer Schwächung — die Wirbelauffassung des Triebes veranschaulicht eine initiale Schwäche mit späterem Kraftzuwachs.

Wenn wir nun die Aufmerksamkeit vom Kern ab- und den Bogenverläufen zuwenden, so lassen sich daran — natürlich vom Standpunkt der geraden Orientierung des bewußten Ichs (*Hermann*, 1940) — zwei Richtungen unterscheiden, eine tangential und eine zentripetale. Wenn wir die die Lebenssicherheit gefährdende Richtung als Richtung des Todes betrachten, fällt es nicht schwer, diese beiden theoretischen Kräfterichtungen mit den Lebens- und Todestrieben in Beziehung zu bringen.

In den sogenannten Lebens- und Todestrieben wollen wir somit keine

unabhängigen Realitäten, sondern formale Eigenschaften der Triebe sehen.

Aufgrund unserer Auffassung der psychoanalytischen Triebtheorie muß auch der Wiederholungszwang in das psychische Ablaufsystem anders eingeordnet werden. *Freud* sieht im Wiederholungszwang die Grundlage alles Triebhaften und zieht daraus — wenn auch nach eigenem Zugeständnis mit anfechtbarer Logik — historische Schlußfolgerungen über die traumatische Entstehung der Tribschicksale. Unser Weg in diese Richtung ist teilweise versperrt, da wir das „Gewundene“ als formalursprünglich betrachten und uns somit die Frage seiner Entstehung nicht so sehr beschäftigt. Gibt es aber ein inneres ungerades Gerichtetsein, so wird die Wiederkehr alter Zustände automatisch gegeben sein können, da der gewundene Weg der Weg der Wiederkehr sein kann. Man dürfte hier von einer Tendenz des Ur-Wiederkehrens sprechen, und dies kann auch — ohne Zwang — als Stütze zur Lebenssicherung lustvoll sein. Als solch eine Ur-Wiederkehr ergibt sich die Rückkehr zum Nest, zur Mutter, das ewige Sich-Anklammern-Wollen an die Mutter (*Hermann*, 1936).

II. Die Dynamik der Verdrängung und die der Unterwerfung des Ichs

Die Beschreibung psychischer Phänomene als im gegenseitigen Kampf stehender Kräfte, gehört zu den Wesenszügen der Psychoanalyse. Die Begriffe der Besetzung, des Abreagierens, der Abwehr setzen die Existenz und das Ineinandergreifen solcher Kräfte voraus. Leider können diese Kräfteverhältnisse nicht in Maßzahlen ausgedrückt werden; wir haben uns mit einem Vergleich der relativen Intensitäten zu begnügen. Im folgenden soll einiges über die vergleichbare Stärke der verdrängenden und verdrängten Kräfte ausgesagt werden.

Zunächst eine experimentelle Beobachtung, die als Analogie oder Modell gelten kann. Wird das Sprechen durch ein Geräusch gestört, das die Stimme des Sprechenden übertönt, so erhebt dieser unmittelbar darauf ohne bewußte Absicht die Stimme (*Hermann/Fonagy*, 1958; *Fonagy/Hermann*, 1964).

Fügen wir gleich eine Ergänzung hinzu. Diese Selbstregulierung der Stimme setzt sich nicht überall durch, nur bei „normalen“ und neurotischen Individuen. Geisteskranke, besonders Paralytiker, erheben bei Geräuschen nicht, oder nur in geringem Maße, die Stimme (*Hermann/Fonagy*, 1958). Bei gegenteiliger Erscheinung — die eigene Stimme erscheint stärker als beabsichtigt — ist der Erfolg der Selbstregulierung nicht so eindeutig.

Gehen wir vorläufig vom ersten, allgemeinen Fall aus. Es handelt sich da um eine homöostatische Reaktion, die durch eine negative „Rückmeldung“ (negatives feedback) ausgelöst wird. Der durch das Geräusch Übertönte will gehört werden.

Ein positives feedback — ein Zuviel an Intensität — führt im Falle eines Triebgeschehens direkt zum Wirbelzustand, zu einer „Klimax mit Akzeleration“ (*Denniston*, 1965). Dies illustriert das Zwischenspiel entgegengesetzter Kräfte. Wird ein Impuls auf seinem Weg zum Bewußtsein blockiert, so verringert sich seine Energie nicht. Im Gegenteil: seine andrängende Kraft wächst infolge der Rückmeldung, die das Versagen der gewünschten Wirkung angibt. Anstatt den direkten Weg zum Bewußtsein einzuschlagen, sucht der Impuls einen Umweg, so daß ein indirekter wirbelartiger Prozeß einsetzt. Die sich daraus ergebende Übersteigerung der Impulse steht in Übereinstimmung mit dem Phänomen der „Über-Produktion“, das von *Radó* (1956) hervorgehoben wurde.

Psychische Erscheinungen, die in diesem Zusammenhang verständlich werden, sind seit langem bekannt. Zwei gute Beispiele bei *Montaigne*: „Sokrates liebte leidenschaftlich die Tugend, versagte sich daher jedes Streben danach, um sie sich mit größerer Leichtigkeit aneignen zu können. Was man ohne Anstrengung, natürlich vollbringen kann, das kann man nicht unter Zwang und auf Befehl“. Jeder Zwang steigert nämlich die Gegenkräfte. Dasselbe Phänomen wird in einer wissenschaftlichen Sprache von *French* (1950) beschrieben: „... erhöhte Spannung kann das zielgerichtete Verhalten zerstören ... die Schwierigkeit der integrativen Aufgabe, eine motorische Entladung einem wirkungsvollen Bestreben zuzuführen, wächst mit der Höhe der Spannung, die zu ihrer Kontrolle berufen ist ...“ Es versteht sich von selbst, daß die Verdrängung, besonders im Sinne von *Schilder* (1928), der alle Fälle der Nichtbeachtung als Verdrängung betrachtet, in jedem integrativen Prozeß mitenthalten ist.

Die Verstärkung des Verdrängten wird durch eine Reihe in früher Kindheit beobachtbarer Tatsachen illustriert. Die faszinierende Wirkung des Verbotenen, ein in der analytischen Literatur oft behandeltes Thema, liefert ein bekanntes Beispiel: „Das Verbotene lockt“. Wir wissen aus Analysen, daß, je mehr der Gedanke an den Tod des Vaters oder der Mutter verdrängt wird, dieser umso öfter und prägnanter zurückkehrt, so daß das Kind in quälendem Zwang an Tod und Begräbnis denken muß. Eine ähnliche Dynamik ist im Spiele, wenn sich das Kind oder auch der erwachsene Neurotiker vornimmt, recht brav und freundlich zu sein und stattdessen umso unfreundlicher wird —, wenn der Entschluß, nicht zu erröten, das Ergebnis hat, mehr als je davon befallen zu werden —, wenn der Patient den Urinierzwang zu meistern sucht und sich die Enuresis um so mehr verschlimmert (*Hermann*, 1959).

Der Fall, in dem die Verdrängung von außen, durch Verbote und Maßnahmen der Eltern provoziert wird, bildet keine Ausnahme. Das Kind soll sein Ich, seine Wünsche und Impulse aufgeben, worauf diese mit gesteigerter Intensität wieder erscheinen.

Etwas Ähnliches spielt sich in der analytischen Situation ab, wo wir oft

feststellen können, daß ein Patient, der bisher mitgearbeitet hat, für eine kürzere oder längere Zeit eine Erinnerung, einen Vorfall oder einen Gedanken verheimlicht. Natürlich sind auch erkennbare Widerstände im Spiel, aber mehr noch der unbewußte Wunsch, ein Geheimnis für sich zu behalten, eben weil er seine Geheimnisse preisgeben mußte. Also wieder ein Beispiel der Rückmeldung („feedback“).

Eine ähnliche Rückmeldung mit entgegengesetztem Vorzeichen zeigt sich außerhalb der analytischen Situation: soll ein Geheimnis bewahrt werden, so reagiert das Individuum auf den Zwang oft mit einem bewußten oder unbewußten Verrat. Der sogenannte „Geständniszwang“ wird häufig durch diesen dynamischen Prozeß genährt.

Dies leitet über zu dem bekannten Phänomen der Selbstregulation: nimmt in der Verdrängung die Kraft des Verdrängten zu, muß auch das Verdrängende seine Wachsamkeit erhöhen, so daß die Intensität der Verdrängung gestärkt wird. Wie zu sehen ist, kann durch die beiden Prozesse ein Zirkulus entstehen.

Wenden wir uns den Geisteskranken zu, bei denen die Selbstregulation der Stimme ganz oder teilweise versagt. Diese Erscheinung läßt sich beim Paralytiker leicht erklären: infolge seiner Krankheit fällt im Zentralnervensystem der Selbstregulationsreflex ebenso aus, wie die Pupille nicht auf Licht reagiert. Auf die Fälle, bei denen es sich um nicht reflexartige Selbstregulation handelt, läßt sich diese Erklärung natürlich nicht anwenden; doch wir wissen, daß es Individuen mit einem schwachen Ich sind, bei denen unbewußte Inhalte ungehindert in das Bewußtsein gelangen und bei denen die Verdrängung unwirksam bleibt (*Hollos und Ferenczi*, 1925).

Auch dazu läßt sich eine Analogie finden, und zwar in den Fällen, in denen eine Überschwemmung mit unbewußten Inhalten dadurch zustande kommt, daß das Ich seine selbstregulatorische Funktion eingebüßt hat. Der Hauptgrund einer solchen Herabsetzung der Ichstärke liegt in dem Verzicht auf Selbstregulation infolge einer Unterwerfung unter andere — bei Kindern unter Erwachsene —, die es zu regulieren wünschen.

Diese Ich-Unterwerfung kann am Beispiel von Scham-Reaktionen erläutert werden. An anderer Stelle habe ich darauf hingewiesen, daß die Scham eine weiter entwickelte Form der Angst darstellt (*Hermann*, 1963). Während bei der Angst ein Anklammerungswunsch wirksam ist, ist dem Sich-Schämenden dieses Verhältnis zum anderen versagt. In der Situation der Scham ist es nicht erlaubt, dem Beschämenden in die Augen zu sehen, der Beschämte darf sich nicht einmal mit den Augen „anklammern“: unter den Füßen scheint der Boden einzusinken, Kopf und Arme hängen herab. Das durch den Beschämenden erniedrigte Ich wird sklavisch. Dies ist ein ganz anderer Zustand als die gewöhnliche Angst, bei der

das Ich einem Bündnis, einer Union mit dem anderen, stärkeren Ich zustrebt, ebenso wie sich der Säugling an die Mutter anschmiegt.

Es ist noch zu bemerken, daß derselbe Begriffsapparat, mit dem wir unser akustisches Modell demonstrierten, auch dazu verwendet werden kann, die analytische Ausgangsposition zu erleichtern, indem der Ausagende so spricht, als spräche er nur in der inneren Sprache. Solche Versuche gehören nicht zum Thema dieser Studie, sie wurden an anderer Stelle veröffentlicht (Hermann, 1959a). Hierher gehört auch die Arbeit von P. Noy (1969), in der er sich auf G. S. Klein (1965) beruft.

III. Zur Dynamik des *déjà vu*: Musikalität, Perversion und *déjà vu*

Die psychoanalytische Lehre von den Perversionen sollte einer Revision unterzogen werden. Erstens sind viele und einander widersprechender Theorien über ein und dieselbe Perversion aufgestellt worden (zu Theorien über Homosexualität siehe Anna Freud, 1968). Zweitens besitzen wir — mit Ausnahme der Arbeit von R. Bak (1968) — keine Erklärung für das Entstehen mehrerer Perversionen bei ein und derselben Person. Auch sollte eine Brücke zwischen den analytisch verstehbaren und den neurologisch (temporal-epileptisch) bedingten Perversionen geschlagen werden können. Diese Mängel versuchte ich durch eine musikalisch-hörweltlich begründete Theorie der Perversionen aufzuheben (Hermann, 1962, 1963). Ausgehend von der bekannten, teils durch biographische, teils durch klinische Daten unterstützten Tatsachen des gemeinsamen Vorkommens von Musikerberuf, Musikliebe, Musikalität und Perversion, sah ich hauptsächlich zwei ausschlaggebende Kräfte wirksam werden: Die Fehlentwicklung des Wirklichkeitssinnes infolge der Dominanz des akustischen über den erotischen Wirklichkeitssinn (man denke an die der greifbaren Realität entzogene Welt der Töne) und die Diffusion im Ich, hervorgerufen durch gewaltsame Ton- und Vibrationserlebnisse im Kindesalter. Hinzu kommt, daß einerseits die Hörwelt, insbesondere die Musikalität, im Temporallappen lokalisiert wird und andererseits, daß pathologische Zustände des Temporallappens — z. B. bei temporaler Epilepsie — mit Perversionen verschiedener Art einhergehen können. Bei der Entwicklung dieser Theorie stieß ich auf das Phänomen des *déjà vu*. Bei manchen Fällen kann auch hier eine temporal-hirnlokalisatorische Erklärung gegeben werden. Es erhebt sich aber die Frage, ob nicht auch eine Beziehung des *déjà vu* zur Hörwelt und zur Perversion besteht, ferner, ob nicht als gemeinsamer Hintergrund eine Veränderung des Wirklichkeitssinnes vorgefunden werden kann.

Ich hielt mich an die mir zur Verfügung stehende psychoanalytische Literatur und konnte einige Fälle heranziehen.

Was den Temporallappen anbelangt, wird schon von Isakower (1936) die Entstehung gewisser *déjà vu*-Fälle auf die Pathologie des Temporal-

lappens zurückgeführt, wobei er sich auf *Kroll* (1928) beruft. Es heißt z. B. bei *Isakower*: „... bei der epileptischen Aura und beim déjà vu ist es so, daß die erlebende Person ganz genau den Ablauf kennt oder zu kennen glaubt; immer aber steht sie ihm mit gesteigerter Selbstbeobachtung und einer gewissen Distanzierung gegenüber, nimmt das, was sie erlebt, nicht ganz für real“.

Diesen Faden greift *Arlow* (1959) auf. Er beruft sich auf *Penfield* und *Rasmussen*, auf *Hickner* und *Stein*, auf *Guthrie* und *Catrow*. „Wo der Temporallappen geschädigt ist, führt die Schädigung der Funktion dieser Strukturen zur Illusion der falschen Wiedererkennung“. Die Störung selbst sei nicht in der Realitätsprüfung des Ichs begründet, sondern in derjenigen Funktion, die *Federn* Realitätssinn nannte.

Die Falldarstellungen wollen wir mit *Freud* beginnen. In der „Psychopathologie des Alltagslebens“ (1917) wird dieselbe Patientin vorgestellt, die auch in der speziell der fausse reconnaissance gewidmeten Studie (*Freud*, 1913) erwähnt wird. Dieser Fall besagt nichts für unsere Zusammenstellung. Nicht so der zweite Patient in der letzteren Studie: es ist der Wolfsmann. Hier wird nun ein déjà vu raconté beschrieben, das auf die Zeit hinweist, in der der berühmte Traum geträumt wurde.

Wie *Freud* (1918) in der Studie über die infantile Neurose des Wolfsmanns sagt, erlebte der Knabe im Traum eine Entwicklung seiner Libido zur Homosexualität und zum Masochismus. Wir wissen nichts über seine Musikalität, was jedoch die Musikalität nicht negiert.

Ferenczi (1911—1912) stellt eine Patientin mit déjà vu vor, die homosexuell veranlagt war und olfaktorisch hyperästhetisch, was die Hörwelt vertreten könnte. Wiederum war es *Ferenczi* (1915), der in einem Gedicht von *Hebbel* ein déjà vu, das auf einen Traum verweist, entdeckte. Wie *Winterstein* (1929) und *Sadger* (1921) unabhängig voneinander bemerken, war *Hebbel* musikalisch veranlagt.

In *Arlows* Studie (1959) werden zwei Patienten mit déjà vu dargestellt, ohne daß wir in den fraglichen Punkten aufgeklärt werden. Hingegen wird viel Gewicht auf den veränderten Realitätssinn gelegt.

Marcovitz (1925) beschreibt zwei Patienten mit déjà vu, einer von ihnen sei ein Amateur-Musiker gewesen. *Silbers* (1961) homosexueller Patient erlebte ein déjà vu. Der Vergleich zwischen dem von *Sperling* (1964) beschriebenen Knaben mit transvestitischen, auch voyeurartigen, exhibitionistischen Tendenzen mit einem anderen, von *Sarvis* (1960) dargestellten, am Temporallappen beschädigten Kind, ist lohnend. Letzteres zeigte keine ausgesprochene Perversionen, doch bestand bei ihm eine Identifikation mit der Mutter, heftige Aggressionen mit zwanghaften Handlungen, ausgesprochener Autismus, — Charakterzüge, die am Anfang einer Perversion stehen. Beide Knaben waren musikalisch begabt. Beide Knaben kannten das Phänomen des déjà vu.

Grotjahn (1948) beschreibt einen Transvestiten, der in einer Zeichnung einen Weg darstellte, der an das *déjà vu* erinnert: „Seems to come from a distant past extending into the foreground, the present“; und: „Salvador *Dali's* pictures frequently have this *déjà vu* quality“.

Der Dirigent und Komponist Bruno *Walter* (1961), beschreibt von sich selbst ein *déjà vu*-Erlebnis. Er war stark masochistisch.

Leo *Tolstoj*, der nach *Lange-Eichbaum* (1967) homosexuell, sado-masochistisch veranlagt war, und *Proust*, ebenfalls homosexuell, erlebten *déjà vu*-Zustände (*Pickford*, 1944). *Proust* war höchst musikalisch, musikalisch war vermutlich auch *Tolstoj*. *Pickford* erwähnt in der Abhandlung auch zwei Kinder, beide musikalisch, eines davon pervers, beide hatten *déjà vu*-Erlebnisse. Derselbe Autor (1942) schreibt auch über *Rosettis déjà vu*.

Nordau (1896) berichtet, daß *Rosetti* Lust an vielen Gleichklängen ohne wirklichen Sinnzusammenhang hatte; er schließt daraus auf dessen Musikalität. Jean *Genet*, Dichter und Romancier, wurde von Jean-Paul *Sartre* (1963) in seiner psychischen Entwicklung beschrieben. Seine Homosexualität, sein Interesse am Phänomen des *déjà vu*, aber auch seine Unterwerfung, zwar nicht unter die Musikalität, so doch unter die Hörwelt werden dargestellt.

Und nun meine Fälle: 1. Ein Mann mit normaler Sexualität erzählt, daß er als Adoleszent ein *déjà vu*-Erlebnis hatte, als er sich auf der *Margareten-Insel* mit seiner Auserwählten zum erstenmal traf und den schönen Rosengarten erblickte. Er hatte das Gefühl, er habe dieses Bild schon einmal gesehen. Ich vermute, der Anblick der Insel, wo man in den Büschen, vom Fluß, aber oft auch von den Wegen aus manche Liebespaare in der Öffentlichkeit koitieren sehen konnte, erweckte den Exhibitionismus des jungen Mannes, der auch gern Musik hörte (vgl. die Perversion in statu nascendi in *Freuds* Fall des Wolfsmanns).

2. Ein musikalisch talentierter homosexueller Mann mit Exhibitionismus und Voyeurismus hatte im Traum ein *déjà vu*-Erlebnis: „Ich träumte, ich stehe in einem Vorzimmer eines Amtes, ich sehe eine Reihe von Türen mit Aufschriften die ich nicht lesen kann. Da fühle ich, daß ich dasselbe einst schon erlebt habe, ich fühle, das war ein *déjà vu*. Ich ging hinaus und war nackt. Ich dachte, was werden die Leute dazu sagen?“

Er erzählte dazu, daß er einst tatsächlich ein Erlebnis auf der Straße hatte, wobei er eine Aufschrift von weitem nicht lesen konnte. Wegen Homosexualität und Exhibitionismus wurde er vor nicht langer Zeit bestraft. Seine Homosexualität hat keinen „Ausgang“, er vollführte noch keinen homosexuellen Akt.

Insgesamt liegen zwanzig Fälle von *déjà vu* vor, davon sind elf Personen musikalisch veranlagt, pervers sind zehneinhalb Fälle, den Knaben am „Anfang“ der Perversion als „halben“ Fall gerechnet. Hinzu kommt

ein Fall mit aktuell entstandener Perversion. Wir erfahren von *déjà vu*-Erlebnissen bei ungefähr fünf bis sechs perversen und zugleich musikalisch veranlagten Personen.

Das Verhältnis der *déjà vu*-Fälle von Personen mit irgend einer Perversion zur Gesamtzahl der uns in der Literatur und in eigener Praxis zur Verfügung stehenden *déjà vu*-Fälle, etwa 50 %, entspricht ungefähr dem Verhältnis der von mir behandelten musikalisch begabten perversen Patienten zur Gesamtzahl meiner Patienten, die irgendein engeres Verhältnis zur Musik hatten.

Wie die Andeutungen von *Isakower* und *Arlow* vermuten lassen, sehen wir den Verknüpfungspunkt von Perversionen und *déjà vu* im verzerrten Realitätssinn. Auch im Zeiterleben ist etwas gegeben, das pervertiert werden kann. Nach *Strawinski* (1962) wurde uns die Musik nur gegeben, um Ordnung zwischen Mensch und Zeit herstellen zu können. Beim Perverten wird diese Ordnung im *déjà vu* umgestoßen, pervertiert.

Zusammenfassung

Wir versuchen, den dynamischen Gesichtspunkt — den Kampf bzw. das Dominanzverhältnis psychischer Kräfte — an drei verschiedenen Gebieten des seelischen Geschehens zu demonstrieren. Die Annahme einer Wirbelartigkeit des Triebgeschehens sollte dessen spezifische Dynamik veranschaulichen. Sie stützt sich auf verschiedene Erfahrungstatsachen, auf den oft verwirrenden Wirbelzustand während des Auftauchens des analytischen Materials, auf das wirbelartige Anwachsen depressiver und zwanghafter Symptome, auf das beobachtbare In-den-Wirbelzustand-Geraten, z. B. bei der Onanie, auf die Spezifität der Koituskurven, auf die Furcht vor dem Wirbelzustand als Symptom. Der sogenannte Todestrieb läßt sich durch die Gefahr des In-den-Wirbelzustand-Gerats — wobei das Individuum alle Sicherheitsmaßnahmen des Ichs aufhebt — erklärt. Der Wiederholungszwang kann durch die automatische Wiederkehr erklärt werden, die im „gewundenen Weg“ gegeben ist. — Aufgrund eines dynamischen Modells der Stimmen-Selbstregulation sehen wir im Verhältnis zwischen Verdrängendem und Verdrängtem ein auf „negative Rückmeldungen“ (negative feedback) beruhendes Kräftespiel: ein erhöhter Druck seitens des Verdrängenden erhöht die treibende Kraft des Verdrängten; die Rückmeldung einer wachsenden Stärke des Verdrängten erhöht die Wachsamkeit des Verdrängenden. Dieser Prozeß benötigt ein zur Selbstregulation fähiges Ich. Der dritte Bereich, in dem wir Kräfteverhältnisse im Bereich des *déjà vu* aufzufinden glauben, ist ein Teil unserer Perversionstheorie. Wie wir als den einen Hauptfaktor der Perversion — dessen Zusammentreffen mit Musikalität, Musikliebe etc. eine beweisbare Tatsache ist — die Dominanz des akustischen Wirklichkeits-sinnes über den erotischen Wirklichkeitssinn betrachten, so sehen wir die

Erklärung des déjà vu — das erfahrungsgemäß teils bei perversen, teils bei musikalischen Personen vorkommt — in der Fehlentwicklung des so begründeten Wirklichkeitssinnes.

Three Kinds of Psycho-Dynamic Processes

Imre Hermann

The author tries to exemplify the dynamic view of psychic processes in different fields of emotional experience.

Applying a spatial model of whirl-like movements he demonstrates the specific dynamics of drive-processes. His theory is based on experiential evidence, e. g. 1. the often confusing state of inner turmoil that occurs with the emerging analytic material; 2. the whirl-like acceleration of depressive and compulsive symptoms; 3. the evidence of being drawn into a "whirl" as in compulsive masturbation; 4. the specific dynamics of coitus and orgasm as elaborated by W. Reich; 5. the fear of being drawn into the "whirl" as a symptom indicating the effort to protect the ego against threatening instinctual impulses.

On the background of this theory Hermann defines the so called death instinct not to be a primarily given separate instinctual entity but to be the mere expression of a specific state of drive dynamics.

The ultimate aim of drive energy is to bring the nucleus of the "whirl" into the state of glowing, which represents the highest quality of life. In this process the drive tends to deprive the ego of the energies which are needed to sustain its ego functions and defense mechanisms.

The dualism of drive and ego leads the author towards the assumption of a coexistence of threat and protection of life preservation.

The repetition-compulsion is explained by the twisted course of the unconscious, that automatically causes repetition.

The dynamics of repression are illustrated by the dynamic model of autonomous voice regulation. A heightened pressure on part of the repression reenforces the drive energy of the repressed. The feedback mechanism evokes intensified vigilance on part of the repression. This process has to be balanced by an ego which is capable of autonomous self-regulation.

In the last part of his essay the author presents clinical material to support his assumption of a relation between déjà vu, perversion and musicality. The common background of these phenomena is conceived of as a preponderance of the auditory sense of reality over the erotical sense of reality, and perversion is understood as the result of this disturbed homeostasis.

Literatur

- Arlow, J. A. (1959): The Structure of the déjà vu Experience, in: J. Am. Psychoanal. Ass. 7. p. 611-631
- Bak, R. C. (1968): The Phallic Woman: The Ubiquitous Fantasy in Perversions, in: Psychoanalytic Study of the Child, Vol. XXIII (New York: Int. Univ. Press)
- Denniston, R. N. (1965): Ambisexuality in Animals, in: Sexual Inversions, ed. by J. Marmor (New York/London: Basic Books)
- Federn, P. (1956): Ich-Psychologie und die Psychosen (Bern/Stuttgart: Huber)
- Ferenczi, S. (1911-12): Ein Fall von déjà vu, in: Zentralbl. f. Ps. II, p. 648, auch in: Bausteine II, p. 161
- (1915): Hebbels Erklärung des déjà vu, in: Int. Zeitschr. f. Ps. III. p. 250
- Fónagy, I., Hermann, I. (1964): The Self-Regulation of Loudness under Usual and Unusual Circumstances, in: Zeitschr. f. Phonetik, Sprachwiss. und Kommunik. 17, p. 209-221
- French, T. M. (1950): Study of the Integration Process, in: Feelings and Emotions (New York: McGraw Hill)
- Freud, A. (1963): Normality and Pathology in Childhood (New York: Int. Univ. Press)
- Freud, S. (1905): Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie Ges. W. Bd. V (London: Imago Publ.)
- (1913): Über fausse reconnaissance „déjà raconté“ während der psychoanalytischen Arbeit, aaO. Bd. X
- (1917): Zur Psychopathologie des Alltagslebens. 5. Aufl., Kap. XII, aaO. Bd. IV
- (1918): Aus der Geschichte einer infantilen Neurose, aaO. Bd. XII
- (1926): Hemmung, Symptom und Angst, aaO. Bd. XIV
- Grotjahn, M. (1948): Transvestite Fantasy Expressed in a Drawing, in: The Psychoanal. Quart. XVII, p. 340-345
- Hermann, I. (1935): Das Unbewußte und die Triebe vom Standpunkte einer Wirbeltheorie, in: Imago XXI, p. 412-428
- (1936): Sich-Anklammern — Auf-Suche-Gehen, in: Int. Zeitschr. Psychoanal. XXII, p. 349
- (1959): On the Dynamics of Repression and Ego-Subordination, in: The Brit. J. Med. Psychol., XXXII, p. 210-212
- (1959a): A kivaláztásos gondolkodás pszichológiája és pszichopathológiája/Psychologie und Psychopathologie des Denkens nach dem Auswahlprinzip, in: Pszichológiai Tanulmányok II, p. 345-353
- (1962): Zur Dynamik der Perversionen, in: Der Psychologe XIV, p. 47-51
- (1963): Die Psychoanalyse als Methode. 2. Aufl. (Köln/Opladen: Westdt. Verlag)
- (1963): Nemi perverzió és zeneiség/Sexuelle Perversion und Musikalität, in: Magy. Pszichol. Szemle XX, p. 138-142
- Hermann, I. Fónagy, I. (1958): Selbstregelung der Lautstärke, in: Folia Phonetica 10. p. 167-181
- Hollós, I., Ferenczi, S. (1925): Zur Psychoanalyse der paralytischen Geistesstörung (Leipzig/Wien/Zürich: Int. Psychoanal. Verlag)
- Isakower, O. (1936): Beitrag zur Psychopathologie der Einschlafphänomene, in: Int. Zeitschr. Psychoanal. XXII, p. 466-477
- Katz, D. (1932): Hunger und Appetit (Leipzig: Barth)
- Lange-Eichbaum, W., Kurth, W. (1967): Genie, Irrsinn und Ruhm (München/Basel: Reinhardt)
- Marcovitz, E. (1952): The Meaning of déjà vu, in: The Psychoanal. Quart. XXI, p. 481-489

- Nordau*, M. (1896): *Entartung I* (Berlin: Duncker)
- Noy*, P. (1969): A Revision of the Psychoanalytic Theory of the Primary Process, in: *Int. Zeitschr. Psychoanal.* 50, p. 155—178
- Pickford*, R. W. (1942): Rossetti's „Sudden Light“ as an Experience of déjà vu, in: *Brit. J. Med. Psychol.* 19. p. 192
- (1944): Déjà vu in Proust and Tolstoi, in: *Int. J. Psychoanal.* XXV, p. 155—165
- Pötzl*, O. (1926): Zur Metapsychologie des déjà vu, in: *Imago* XII, p. 393—402
- Radó*, S. (1956): *Psychoanalysis of Behavior* (New York: Grune & Stratton)
- Reich*, W. (1925): *Der triebhafte Charakter* (Wien: Int. Psychoanal. Verlag)
- (1927): *Die Funktion des Orgasmus* (Wien: Int. Psychoanal. Verlag)
- Sadger*, J. (1921): *Die Lehre von den Geschlechtsverirrungen* (Leipzig/Wien: Deuticke)
- Sartre*, J.-P. (1963): *Saint Genet. Actor and Martyr* (New York: New American Library, Mentor Books)
- Sarvis*, M. A. (1960): Psychiatric Implications of Temporal Lobe Damage, in: *Psychoanalytic Study of the Child*, Vol. XV (New York: Int. Univ. Press)
- Schilder*, P. (1928): *Introduction to a Psychoanalytic Psychiatry* (New York: Nerv. and Ment. Diseases Publ.)
- Silber*, A. (1961): Object Choice in Male Homosexuality, in: *Psychoanal. Quart.* XXX, p. 497—503
- Sperling*, M. (1964): The Analysis of a Boy with Transvestite Tendencies, in: *Psychoanalytic Study of the Child*, Vol. XIX,
- Stravinski*, I. (1962): *Chronique de ma vie* (Paris: Edition Denoël, ung. Übersetzung: Budapest: Gondolat, 1969)
- Walter*, B. (1961): *Thema und Variationen* (Frankfurt/Main: Fischer, ung. Übersetzung: Budapest: Gondolat)
- Winterstein*, A. (1929): Motorisches Erleben im schöpferischen Vorgang, in: *Psychoanal. Bewegung I*, p. 299—324, 305
- Wollheim*, R. (1969): The Mind and the Mind's Image of Itself, in: *Int. J. Psychoanal.* 50, p. 205—220

Adresse des Autors:
 Dr. Imre Hermann
 Budapest
 II. Lorántffy Zs. u. 5

Die Diagnose psychosomatischer Erkrankungen als Problem des ärztlichen Erkennens

Siegfried Zepf*

Der Autor definiert Gesundheit als dynamisches Gleichgewicht somatischer, psychischer und sozialer Faktoren bei optimalem Wohlbefinden, Krankheit als Störung dieses Gleichgewichts. Psychosomatische Krankheit wird verstanden als Anpassung des Ichs an bestehende gesellschaftliche Verhältnisse, wobei der psychosoziale Konflikt unter Wahrung der sozialen Gruppenidentität in den somatischen Bereich abgedrängt wird. Gesellschaftliche Faktoren, die das Erkennen psychosomatischer Erkrankung einengen, werden kritisch untersucht. Solche sind der herkömmliche, ausschließlich naturwissenschaftlich orientierte Krankheitsbegriff und die Stellung des Arztes in der Gesellschaft, die Heilung vorwiegend als Wiederherstellung der Arbeitskraft begreift.

Um den ärztlichen Erkenntnisprozeß bei der Diagnose psychosomatischer Erkrankungen einer kritischen Analyse unterziehen zu können, muß erst ein gewisses Vorverständnis über die Begriffe Gesundheit und Krankheit erzielt werden, sowie ein Konsens hinsichtlich der ätiologischen Vorstellungen, die diese Krankheitsgruppe betreffen. Erst dann kann ärztliches Erkennen selbst Objekt der Untersuchung werden. Es soll versucht werden, einige der Faktoren abzugrenzen und auf ihre gesellschaftliche Funktion hin zu untersuchen, die ärztliches Erkennen hier determinieren und einengen.

Gesundheit und Krankheit sind relative Konzepte, einmal insofern, als sich ihr Inhalt abhängig von der historischen Epoche erweist, die sie definiert, zum anderen deshalb, weil sich der jeweilige historische Inhalt nur in der Wechselbeziehung beider Kategorien genau bestimmen läßt. In unserem Zusammenhang läßt sich Gesundheit definieren als ein bestimmtes dynamisches Gleichgewicht somatischer, psychischer und sozialer Faktoren, welches charakterisiert ist durch optimales Wohlbefinden in diesen Bereichen. Krankheit bestimmt sich so als generelle Störung dieses Gleichgewichtes. Diese Definition kommt der Vorstellung vom Menschen als einem vergesellschafteten Wesen am nächsten. Die historische Dimension seines aktuellen Verhaltens bestimmt sich als eine ontogenetische Beziehung dieser drei Faktoren, welche der aktuellen Interaktion mit der Umwelt spezifische Qualität verleiht. Innere biologische und äußere physikalische und soziale Faktoren determinieren während des Sozialisationsprozesses die Spezifität ihrer Integration. Dieser Integrationsprozeß ist identisch mit der Ausbildung eines psychischen Apparates, der sich im Charakter als einer Verhaltensweise konkretisiert, in der sich

* Assistenzarzt an der II. Medizinischen Klinik und Poliklinik der Universität Kiel (Direktor: Prof. Dr. L. Weisbecker)

individuelle Vergangenheit und Gegenwart verbinden. Die quantitative und qualitative Ausprägung eigener Bedürfnisse ist ebenso Produkt der individuellen Sozialisation wie die Interaktionsmuster, die zu ihrer Befriedigung ausgebildet wurden. *Fenichel* (1946) schreibt dazu: „This shaping is done through gratifications and frustrations of relatively uniform biological needs, through the blocking of certain reactions to gratifications and frustrations and through the favoring of others. In short, it has been forgotten that man is an animal, a biological unit, and that 'the influence of experience' signifies the shaping of biological needs“. Die individuelle Sozialisation erfolgt jedoch nicht in einem Vakuum, sondern innerhalb einer historisch bestimmten gesellschaftlichen Totalität, welche dem familialen Sozialisationsprozeß seine konkreten Inhalte vorgibt. Innerhalb vorgegebener Normen und Inhalte erwirbt so der einzelne seine körperliche und soziale Identität, sieht sich gesellschaftsspezifischen Konfliktsituationen ausgesetzt, so z. B. der ödipalen Situation, und findet gleichzeitig gesellschaftlich vorgegebene Modalitäten der Konfliktverarbeitung vor.

Die Interaktion somatischer, psychischer und sozialer Faktoren darf bei einer ätiologischen Betrachtung psychosomatischer Erkrankungen nicht aus dem Blick verloren werden. Ätiologie zielt auf Verständnis der allgemeinen und besonderen Bedingungen der Krankheitsgenese sowie auf Verständnis der Art und Weise des Krankheitsablaufes. Die Fragen nach dem Wie, dem Warum und dem Wofür stellen sich für jede Krankheit. Für die psychosomatische Erkrankung zentriert die Frage nach dem Wofür die Aufmerksamkeit einmal auf den Zweck der nach Krankheitsausbruch ablaufenden Veränderungen, zum anderen auf Verstehen der „sinnvollen Realität“ (*Rickert*, 1921) der psychosomatischen Erkrankung. Sinnvolle Realität einer psychosomatischen Erkrankung meint hier ihr Verstehen innerhalb der Beziehungssituationen des Subjektes und seiner Interaktion mit der Umwelt. Dieser Aspekt der Ätiologie soll im Folgenden näher eingestellt werden.

Die Behauptung der Existenz psychosomatischer Erkrankungen folgt aus der klinischen Beobachtung organischer und funktioneller Krankheitsbilder, die nicht organisch verursacht sind, sondern den Mechanismen psychischer Symptombildung folgen, die von der psychoanalytischen Neurosenlehre angegeben werden. Mit anderen Worten: Die Qualifizierung einer organischen oder funktionellen Symptomatik als psychosomatisch ergibt sich aus dem Verständnis der präsenten Symptome als komplettierendes Element der individuellen Lebensgeschichte. Wir wissen ferner aus der Neurosenlehre, daß sich psychoneurotische und psychosomatische Symptome auf der Basis einer prämorbidem Charakterstruktur entfalten. Mehrfach belegt ist die These der frühkindlichen Störung der Mutter-Kind-Dyade coinästhetischer Prägung im Sinne R. *Spitz*' (1969).

Zwischen Symptomqualität und frühkindlichen traumatisierenden Einflüssen bestehen sicherlich genetische Zusammenhänge (*Cremerius*, 1968), die Pathogenität einer Charakterstruktur jedoch, d. h. ihre Tendenz, ins Symptom zu dekompensieren, ist in ihrem Ausmaß Ausdruck einer Diskrepanz zwischen erworbenen Triebstrukturen und gegenwärtiger Realität, wobei die konflikthafte Wertigkeit einer Auslösesituation durch den individuellen Sozialisationsprozeß in wesentlichen Aspekten bestimmt ist. Die Beschreibung einer psychosomatischen Erkrankung ohne Berücksichtigung psychischer und sozial-struktureller Gesichtspunkte und unter Abstraktion von der genetischen Determinierung des Charakters durch die individuelle Sozialisation zielt am wesentlichen vorbei. Unter dem Ich-psychologischen Begriff der Abwehr sollte das psychosomatische Symptom verstanden werden als eine besondere Anpassungsleistung des Individuums, welches unter Wahrung der sozialen Gruppenidentität psychosoziale Gleichgewichtsstörungen im Sinne der „zweiphasigen Verdrängung“ (*Mitscherlich*, 1967) in den Leibbereich abdrängt, wobei die einzelnen psychodynamischen Prozesse, die die Wahl des Organismus als Symptomstätte ermöglichen, noch näher bestimmt werden müssen. Im oben entfalteten Krankheitskonzept lassen sich psychosomatische Erkrankungen definieren als sozial vermittelte Störung des psychosomatischen Gleichgewichtes.

Der Krankheitsbegriff nun, der uns in der alltäglichen ärztlichen Praxis diagnostische und therapeutische Handlungsanweisungen vermittelt, engt in seiner ausschließlich naturwissenschaftlichen Formulierung das oben dargestellte Krankheitskonzept in wesentlichen Aspekten ein. Zentriert um einen hippokratischen Naturbegriff als anonymer Konstante wird Krankheit auf die Dysfunktionalität einzelner Organe und Systeme reduziert, wobei mittels der Etablierung des sozialwissenschaftlich irrelevanten Begriffs des „Stress“ erneut jene Mauer zementiert wird, welche Krankheit von der subjektiven Erlebnissphäre und der sozialen Situation abtrennt. Soziale Interdependenzen aus dem Blickfeld verbannt, orientiert am Bezugsrahmen pathophysiologischer Kausalität, die den Regeln der Retorte folgt, wird Krankheit als ein Teil der Natur und damit prinzipiell auch nur vor ihr bewältigbar verstanden — *medicus curat, natura sanat*. Die Erfolge der naturwissenschaftlichen Medizin sollen nicht negiert werden; allerdings gewinnen diese historischen Erfolge heute oft den Charakter eines Alibis für die Weigerung, den tradierten Krankheitsbegriff zu revidieren. Die Kritik gilt nicht der naturwissenschaftlichen Methodik, sondern ihrer Fetischisierung und Ideologisierung. Die Folgen dieses naturwissenschaftlichen Fetischismus sind weitreichend: so für die medizinische Ausbildung, für Diagnostik und Therapie, für die Ausrichtung der medizinischen Forschung, für das Krankheitsverständnis des Patienten und für das soziale System des individuellen Kranken-

schutzes. Da die grundlegenden Kenntnisse für eine spätere Diagnostik in der medizinischen Ausbildung vermittelt werden, soll ein knapper Exkurs hierüber eingeschoben werden.

Die medizinische Ausbildung zeichnet sich aus durch Vermittlung von Naturwissenschaft und Autorität. Zentriert auf das Organ, geprägt von den traditionellen Disziplinen der Morphologie, Biologie und Physiologie erreichen Erkenntnisse der Psychoanalyse, Psychologie und Soziologie, die zu einer kritischen Revision des wissenschaftlichen Selbstverständnisses der naturwissenschaftlichen Medizin führen könnten, den Studenten wenig oder gar nicht. Neben der Indoktrination naturwissenschaftlicher Ideologie tradiert sich hier jene Autorität, deren Ursachen und Ziele außerhalb des Arzt-Patienten-Verhältnisses gesucht werden müssen und die sich nicht als eine auf „sachlich-rationelle Voraussetzungen sich gründende Subordination“ (*Marcuse, 1969*) bestimmt innerhalb der Interessensolidarität von Arzt und Patient. Diese Autorität vermittelt sich über ein passives, relativ problemfreies Lernen, welches sich im Sinne identifikatorischer Lernprozesse in der Übernahme ganzheitlicher Verhaltensmodelle von Vorbildpersonen niederschlägt (*Merton, Bloom und Rogoff, 1956; Mitscherlich, 1969; Krähe und van den Bussche, 1970*). Die Einstellungsveränderung zum Lernen selbst zeigt die Untersuchung von *Becker et al. (1961)*: Der Student will zunächst alles lernen, erfährt, daß man nicht alles lernen kann und lernt schließlich, was die Fakultät vorschreibt. Der weitverbreitete Gebrauch von Repetitionsskripten zur Examensvorbereitung mit spezifischem Zuschnitt auf den jeweiligen Fachprofessor mag hier als weiteres Indiz dienen.

Mit Naturwissenschaft und Autorität ausgestattet steht nun der durchschnittliche Arzt der Klage eines psychosomatisch erkrankten Patienten gegenüber. Klage darf als voraussichtlicher Beweis von Krankheit gewertet werden (*Engel, 1970*), wobei in Parenthese hier angemerkt sein will, daß das Fehlen einer Klage nicht unbedingt mit Gesundheit identifiziert werden kann. Unabhängig von der subjektiven Wahrnehmung des Patienten geschieht jedoch heute in der Mehrzahl die Etikettierung einer bestimmten subjektiven Befindlichkeit als krank durch den Arzt mittels scheinbar objektiver Wahrnehmung und Wertung der Befunde. Die Kategorien der Subsumtion zunächst ungeordneter Symptome werden von dem Krankheitsbegriff ebenso vorgegeben wie ihre Wertung hinsichtlich ihrer Krankheitsbedeutung. Die Diagnose kennzeichnet die Identifikation derjenigen Krankheitsaspekte mit einem Krankheitsbild, die der Arzt ihm aufgrund eigener Erfahrung zuordnet, und dessen inhaltliche Qualifizierung hinsichtlich Ätiologie, Genese, Therapie und Prognose ihm in seiner medizinischen Ausbildung vermittelt wurden. Mißlingt es, durch ein unpersönliches Untersuchungsinstrumentarium einen pathologischen Befund zu erheben, so gilt der Patient unbeschadet der Schwere

seiner Klage praktisch als gesund. Ebenso wird die Behebung einer objektivierten pathologischen Veränderung unabhängig von dem subjektiven Krankheitserleben des Patienten mit Heilung gleichgesetzt. Die Tatsache des parteiischen Ausschlusses gewisser Kategorien von Klagen und objektiver Symptome erweist sich zunächst durch die naturwissenschaftliche Bestimmung von Krankheit bedingt und erklärt sich aus dem Fehlen eines kategorialen Rasters, innerhalb dessen sich psychosoziale Interaktion als pathogener Faktor bestimmen ließe. Das Verstehen einer psychosomatischen Erkrankung als einer sozialisationsspezifischen Verhaltensstrategie des Individuums entzieht sich so dem Zugriff ärztlicher Erkenntnis, wobei jedoch noch näher bestimmt werden muß, wie sich hier „Verstehen“ wissenschaftstheoretisch definiert.

Wenn die Mechanismen psychischer Symptomenese von der Neurosenlehre angegeben sind, so bestimmt sich hier Verständnis als psychoanalytisches Verstehen. Ausgehend von der Einteilung des Verstehens in logisches Verstehen als Verstehen des Informationsgehaltes einer Mitteilung und psychologisches Verstehen als Verstehen des Sprechers (*Binswanger*, 1922), ist das psychoanalytische Verstehen angesiedelt zwischen der Zuständigkeit dieser beiden Bereiche. *Lorenzer* (1971) hat den psychoanalytischen Verstehensprozeß theoretisch bearbeitet und abgegrenzt. Logisches und psychologisches Verstehen erweisen sich zwar als notwendige Voraussetzungen, die erfahrene Information bleibt jedoch nicht isoliert einem dieser Bereiche zugeordnet, sondern sie wird auf einer Zwischenebene eingestellt. Jede Mitteilung wird hinterfragt auf ihre subjektive Bedeutung für den Patienten und als Schilderung von Individualität interpretiert. Da sich Individualität oder Charakter nur in der Interaktion realisieren, bedeutet dies Aufsuchen von Interaktionsmustern in den Mitteilungen und in der Übertragung des Patienten. Auf theoretischer Ebene heißt hier Erklären: die in ihrer individuellen Bedeutung erschlossene Szene mittels metapsychologischen Kategorien auszumessen, so daß ihre typische Figuration bestimmbar wird. Im Versuch einer metatheoretischen Neubestimmung der Psychoanalyse hat *Lorenzer* (1971) die Psychoanalyse als Interaktionstheorie im Sinne einer Theorie der „subjektiven Verzerrung objektiver Strukturen der Interaktion in den Subjekten“ ausgewiesen und den psychoanalytischen Verstehensprozeß als hermeneutisches Verfahren im *Diltheyschen* Sinn abgegrenzt. Verstehen erschöpft sich hier nicht in einer subjektbezogenen Formulierung innerhalb eines theoretischen Systems. Verstehen heißt hier immer auch Verstehen der kommunikativen Bedeutung des Symptoms und legitimiert so die Frage nach seiner Sinnfälligkeit.

Das Ausblenden des averbalen Mitteilungsgehaltes eines psychosomatischen Symptoms aus der Arzt-Patienten-Szene kann einerseits Folge eines neurotischen Agierens des Arztes selbst sein. Zum anderen fühlt

sich der Arzt den Erkenntnissen der Psychoanalyse gegenüber zu einer skeptischen Haltung verpflichtet, trotz nur ungenauer Kenntnis ihrer Methodik und ohne ihren wissenschaftslogischen Status zu reflektieren. Seine Kritik endet hier häufig in einer affektiven Urteilsbegründung, obwohl, oder besser, vielleicht gerade weil die Einbeziehung psychoanalytischer Theorie dem Arzt genügend Raum ließe für eine kritische Einschätzung des eigenen Verhaltens, welche in der Auseinandersetzung mit Kranken psychosomatischer Provenienz als notwendig apostrophiert werden muß. Die Diagnose einer psychosomatischen Erkrankung bedeutet für den Patienten immer eine Konfrontation mit seiner gegenwärtigen Lebenssituation, der er kaum zu entrinnen vermag und welche durch Projektion des Konfliktes auf den eigenen Organismus auf ein psychisch erträgliches Maß reduziert wurde. Mit anderen Worten, der Patient erfährt sich als Person in Frage gestellt. Zwangsläufig erscheint ihm dies als Zumutung angesichts eines Arztes, dessen Verhalten in hohem Maße von Autorität geprägt ist, und dem der Arztmantel als lebenslanger naturwissenschaftlich-autoritärer Schutzpanzer dient, hinter dem er sich vor der sozialen Wirklichkeit verschanzen kann. So stellt *Kaupen-Haas* (1969) fest, daß über 80% der Ärzte im Arzt-Patienten-Verhältnis Autorität ausüben, die nicht dem Arzt-Patienten-Verhältnis selbst immanent ist. Taucht ein Problem auf, dessen Lösung nicht eindeutig vorgegeben ist, so genügt ein Rückgriff auf die Autoritätsposition, um das Image des Experten für Problemlösung gegenüber dem Patienten und sich selbst zu erhalten. Angesichts der ständigen Konfrontation mit sogenannten „Problempatienten“ droht dieser Panzer brüchig zu werden und verstärkt sich gleichzeitig im Sinne eines unbewußten Abwehrmechanismus. Die dialektische Weiterentwicklung des Autoritätsbegriffes zeigt, daß überhöhte Autorität immer auch ihre Bedrohung durch Abbau bedeutet. Pharmazeutische Hilfsmittel, die für den Arzt umso wichtiger werden, je weniger er im Umgang mit Menschen geschult ist, helfen hier mit, das autoritäre Selbstverständnis des Arztes zu erhalten. In einem derartig strukturierten Feld bleibt der Patient in seiner Eindimensionalität verhaftet, die Pathogenität des sozialen Feldes, als dessen Symptom die psychosomatische Erkrankung hier verstanden wird, bleibt für Arzt und Patient außerhalb des Blickwinkels.

Unter diesen Aspekten gewinnt das naturwissenschaftliche Krankheitskonzept gesellschaftliche Relevanz. In seiner theoretischen Implikation nur unwesentlich von dem Konzept der Veterinärmedizin unterschieden, legitimiert dieses Krankheitskonzept die organoide Betrachtungsweise einer isolierten Monade jenseits der Pathogenität sozialer Struktur. Indem ferner nur der Arzt Zutritt zum Fluchtraum Krankheit gewähren kann, zwingt er außerdem den Patienten zur „legitimen Klage“ (*Engel*, 1970) in Form von Organbeschwerden, in denen sich früher vermittelte

Wertvorstellung über den Organismus als gesellschaftliches Angebot zur individuellen Konfliktverarbeitung konkretisieren (*Brede, 1971*). Die Entschleierung psychosomatisch sedimentierter Widersprüche als Reflexe einer pathogenen Sozialstruktur wird für den Arzt wesentlich dadurch vermieden, daß die Negation der „Erlebnissphäre als krankmachender Faktor“ (*Mitscherlich, 1967*) eng mit den ökonomischen Eigeninteressen des Arztes verknüpft ist. Die Unterwerfung unter das Dogma einer naturwissenschaftlichen Krankheitskonzeption ist auch heute noch fast unabdingbare Voraussetzung jeder medizinischen Karriere innerhalb der Inneren Medizin. Die spätere Neutralisation des Arztes als potentieller Störfaktor, als der er sich durch die Erkenntnis sozial vermittelter Krankheiten entpuppen könnte, erfolgt nach dem Prinzip des „bestochenen Kleinbürgers“ (*Regus, 1970*). Mit Privilegien ausgestattet, verliert er jedes Interesse, die gesellschaftlichen Verhältnisse zu verändern, die ihm diese Privilegien garantieren. Sein Sozialprestige ist nach wie vor eines der höchsten, seine Einkünfte liegen weit über denen vergleichbarer akademischer Berufsgruppen. Im Hinblick auf künftige ökonomische Vorteile wird die Erfahrung des Anpassungszwanges an hierarchische Krankenhausstrukturen und Gruppendogmen ebenso mittels Naturwüchsigkeit und Unveränderlichkeit der Verhältnisse rationalisiert, wie die Erfahrung der eigenen Unzulänglichkeit in der Diagnose und Therapie psychosomatischer Erkrankungen. Es ist bemerkenswert, mit welcher Leichtigkeit es hier gelingt, von dem Fundamentalprinzip der Medizin abzuweichen, wonach Krankheiten mit bekannter Ätiologie, deren kausale Bedingungen therapeutisch angegangen werden, auch ätiologisch behandelt werden sollen.

Die Therapie psychischer Erkrankungen ist in der allgemeinen Praxis in 94 % aller Fälle medikamentös (*Hoff und Ringel, 1964*) und zielt im wesentlichen auf Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit. Im Lichte gesellschaftlicher Wertvorstellungen definiert *Parsons (1968)* Gesundheit als Zustand optimaler Leistungsfähigkeit und Krankheit als deren generelle Einschränkung, wobei Leistungs- und Arbeitsfähigkeit praktisch identisch sind. So formuliert das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (1967): „Die Erwerbsfähigkeit, die Schaffenskraft des Versicherten zu erhalten, wenn sie bedroht ist, sie zu bessern, wenn sie beeinträchtigt ist und sie, wenn möglich, voll herzustellen, dem dienen die Maßnahmen der medizinischen, der beruflichen und sozialen Rehabilitation“. Unter dem Anspruch der Medizin, Gesundheit zu erhalten, Krankheiten zu heilen und Leiden zu mindern kann die Gleichsetzung von Gesundheit und Arbeitsfähigkeit jedoch nicht unter Abstraktion von den konkreten Arbeitsbedingungen erfolgen, unter denen sich Arbeit heute vollzieht. Einem Wort *Horkheimers (1936)* folgend, erlaubt diese Untersuchung ferner eine grobe Konkretisierung der oft zitierten pathogenen

Sozialstruktur, denn: „Auch die scheinbar eigengesetzlichen beruflichen und privaten Beziehungen der Menschen sind von der Abhängigkeit bestimmt, die in der Produktionsweise begründet ist und sich unmittelbar im Sein der sozialen Klasse ausdrückt“.

Die folgenden Ausführungen erheben nicht den Anspruch einer detaillierten sozio-ökonomischen Analyse unserer Gesellschaft. Sie wollen mehr als relativ grobes sozio-ökonomisches Raster verstanden werden, innerhalb dessen Arbeit heute statthat.

In unserer gegenwärtigen gesellschaftlichen Realität ist die Arbeit funktionsgeteilt und unterliegt dem Mechanismus organisierter Konkurrenz im Interesse der privatwirtschaftlichen Profitmaximierung (*Baran* und *Sweezy*, 1967; *Huffschnid*, 1969). Die gesellschaftliche Teilung der Arbeit wird nicht mit Rücksicht auf die besonderen Eigenschaften der Individuen und ihrer Interessen durchgeführt, sondern folgt den Gesetzen der Warenproduktion, die *Marx* als kapitalistisch bezeichnete. Indem sich der Besitzer der Produktionsmittel auf dem Arbeitsmarkt die „Ware“ Arbeitskraft zu ihrem Tauschwert aneignet, erwirbt er die rechtliche Grundlage, den Gebrauchswert der Arbeit nach eigenem Interesse inhaltlich zu bestimmen. Damit ist aber prinzipiell für den Arbeitenden die Möglichkeit blockiert, seine Arbeit als Quelle der Befriedigung und Quelle der menschlichen Selbstentfaltung zu erfahren. Arbeit erweist sich so als grundsätzlich fremdbestimmt. Diese Fremdbestimmung der Arbeit entwickelt sich zum Extrem in dem Maße, wie der technische Ablauf autonomer wird, Produktionstempo und Erzeugung sich der Einwirkung der Arbeitenden entziehen und manuelles Geschick sowie Materialkenntnisse keine große Bedeutung mehr haben für den Ausstoß der Arbeitsprodukte. Neben ihrer Fremdbestimmung sieht *Habermas* (1958) die spezifische Belastung industrieller Arbeit in der zunehmenden Abstraktheit des Produktionsprozesses und in der Unverhältnismäßigkeit des Leistungsanspruches, d. h. dem Mißverhältnis von beschränkter, repetitiver Verrichtung und gefordertem Einsatz der ganzen Person, von konkreter Bewegung und abstrakter Anspannung. Nicht von ungefähr hat sich unter diesen Bedingungen der Schwerpunkt der Arbeitsbelastung vom physischen auf den psychischen Bereich hin verlagert. Eine Konkretisierung der eigenen Identität im Arbeitsbereich wird durch die zunehmende Fremdbestimmung der Arbeit mehr und mehr verunmöglicht. Darüber hinaus bedingt der soziale Wandel ein Auseinanderklaffen erworbener Triebstrukturen und gesellschaftlicher Realität sowie einen Verlust des sekundären Anpassungsgewinns der Gleichschaltung an vorgegebene Identifikationssysteme und führt dazu, daß sich das Bedürfnis nach eigener Identität auf die wechselnden Moden des Massenkonsums zentriert. Hier weist sich die inhaltliche Bestimmung des Leistungsbewußtseins als Konsumbewußtsein aus. *Kilian* (1970) definiert innerhalb dieses Rasters die

psychosomatischen Erkrankungen mit wenig konturierter Symptomatik, die sogenannten „funktionellen“ Erkrankungen als einen Versuch, eine latente Identitätskrise durch die Mechanismen des Leistungs- und Haltungszwanges abzuwehren, wobei verhindert wird, daß ein psychosozialer Gleichgewichtsverlust sich äußert und zu unabsehbaren sozialen Folgen führt. Untersuchungen von *de Veer* (1955), *Kornhausser* (1965) und *Dohrenwend* u. *Dohrenwend* (1969) unterstützen diese These in wesentlichen Aspekten. Diese psychosomatischen Krankheiten erwiesen sich spezifischen gesellschaftlichen Feldern zugeordnet, in denen einerseits eine erhebliche Konfliktspannung und Widerspruchskonstellation bestand, andererseits jedoch ihre Austragung praktisch unmöglich war, so daß sie aus der sozialen Interaktion ausgeschlossen und notgedrungen verinnerlicht wurden.

Hier nun erweist sich die Funktion der Medizin als eine doppelte: Einmal in der möglichst effektiven Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit. In der Therapie psychosomatischer Erkrankungen formuliert die quantitative Diskrepanz zwischen den Patienten, die einer symptomatischen medikamentösen Therapie oder kurzen, verhaltenstherapeutisch orientierten Psychotechniken unter Verzicht auf jegliche Ich-Reifung unterzogen werden und denjenigen Patienten, die sich einer wesentlich kostspieligeren Psychoanalyse unterziehen können, ziemlich genau die Interessenkonstellation hinsichtlich der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit. Zum anderen steuert die Medizin jenen gesellschaftsunabhängigen Krankheitsbegriff bei, welcher die „Umdefinition sozialer Konflikte in Krankheit“ (*Krähe* und *Schöning*, 1970) ermöglicht und Anpassung auf Kosten einer Selbstdestruktion legitimiert. Die Medizin findet sich hier in diametralem Gegensatz zu ihrem Anspruch wieder, dem Anspruch, Gesundheit zu erhalten, Krankheit zu heilen und Leiden zu mindern.

Die wissenschaftliche Erforschung psychosomatischer Erkrankungen setzt Kenntnisse der Körperabläufe, der Psychologie sowie der mikro- und makroökonomischen Strukturen ebenso voraus, wie Kenntnisse der psychosozialen und psychosomatischen Interaktion. Die Reichweite ärztlich-wissenschaftlicher Erkenntnis hängt im Bezug auf die psychosomatischen Erkrankungen einmal von der Entwicklung einer psychosomatischen Interaktionstheorie ab, zum anderen jedoch im wesentlichen davon, inwieweit die gesamtgesellschaftliche Realitätsstruktur und die in ihrem Rahmen vorherrschenden Formen psychosozialer und psychosomatischer Verarbeitung gesellschaftlicher Widersprüche zum Gegenstand wissenschaftlicher Forschung gemacht werden. Im Zentrum steht die Frage nach den Widerständen, die einer progressiven Konfliktverarbeitung entgegenstehen, d. h. einer Einsicht in die Problematik und einem rationalen Suchen nach Lösung. Einige dieser Widerstände ließen sich auf Seiten des Arztes näher bestimmen. *Rudolf Virchow* schrieb

1849: „Die Medizin hat uns unmerklich in das soziale Gebiet geführt und uns in die Lage gebracht, jetzt selbst an die großen Fragen unserer Zeit zu stoßen“. Angesichts der ständigen Zunahme psychosomatischer Erkrankungen gewinnt dieser Satz an Aktualität.

Zusammenfassung

Psychosomatische Erkrankungen werden verstanden als sozial vermittelte Störung des psychosomatischen Gleichgewichtes. In sozial-psychologischer Hinsicht sollten sie als eine individuelle charakterspezifische Verhaltensstrategie im Sinne einer autoplastischen Anpassung an bestehende gesellschaftliche Verhältnisse aufgefaßt werden. Die Diagnose einer psychosomatischen Erkrankung setzt somit soziale, psychologische und somatische Kenntnisse voraus. Der organologische Vorentwurf der Inneren Medizin, der den Krankheitsbegriff ausschließlich naturwissenschaftlich formuliert, reduziert die psychosomatische Erkrankung auf die Dysfunktionalität einzelner Organe und Körperabläufe und begrenzt das ärztliche Erkennen in wesentlichen Aspekten. Einige weitere Faktoren, die das ärztliche Erkennen einengen, werden dargestellt und auf ihre gesellschaftliche Funktion hin untersucht.

The Diagnosis of Psychosomatic Diseases as a Cognitive Problem in Medicine

Siegfried Zepf

Taking health as a state characterized by an optimal feeling of somatic, psychic and social well-being in which these same factors are in equilibrium, psychosomatic illnesses are seen as socially determined disturbances of the psychosomatic equilibrium. Seen from the point of view of ego-psychology and social psychology, they are interpreted as an individual characterological strategy of behaviour, which, while preserving the social group-identity, permits autoplasmic adjustment to existing social conditions.

Insofar as they are relevant for the doctor's subjective interest in cognition, the economic basis and the ideological framework of our society have been taken into consideration. In the doctor — patient relationship the doctor's cognition is orientated to a definition of illness, which, with its over-emphasis on natural science, cuts down the possibilities for his cognition. This conception of illness, the subjective interest in cognition and some further factors determining cognition, such as group dogmas, neurotic defence, lack of a conceptual framework to identify sociological phenomena as possible causes of illness and to represent simultaneously occurring psychosomatic phenomena are examined under the aspect of their function in our society.

Literatur

- Baran, P. A., Sweezy, P. M. (1967): Monopolkapital (Frankfurt: Suhrkamp)
- Becker, H. S., Greer, B., Hughes, E. C., Strauss, A. (1961): Boys in White (Chicago: Univ. Press)
- Binswanger, L. (1922): Einführung in die Probleme der Allgemeinen Psychologie, cit. n. Lorenzer, 1971
- Brede, K. (1971): Die Pseudo-Logik psychosomatischer Störungen, in: Psychoanalyse als Sozialwissenschaft (Frankfurt: Suhrkamp)
- Cremerius, J. (1968): Abriss der psychoanalytischen Abwehrtheorie (unter besonderer Berücksichtigung der Klinik), in: Z. Psychother. med. Psychol. 18, 1
- Dohrenwend, B. P., Dohrenwend, B. S. (1969): Social Status and Psychological Disorders: A Causal Inquiry (New York)
- Engel, G. L. (1970): Psychisches Verhalten in Gesundheit und Krankheit (Bern-Stuttgart-Wien: Huber)
- Fenichel, O. (1946): Nature and Classification of the so-called Psychosomatic Phenomena, in: The Yearbook of Psychoanalysis II, 23
- Habermas, J. (1958): Soziologische Notizen zum Verhältnis von Arbeit und Freizeit, in: Arbeit, Freizeit, Konsum (Raubdruck)
- Hoff, H., Ringel, E. (1964): Aktuelle Probleme der psychosomatischen Medizin. Kritische Beiträge zur Somatisierung der Neurose und ihrer Therapie (München: Jolis)
- Horkheimer, M. (1936): Autorität und Familie. Allgemeiner Teil, in: Schriften des Instituts für Sozialforschung (Paris)
- Huffscheid, J. (1969): Die Politik des Kapitals (Frankfurt: Suhrkamp)
- Jantz, K. (1967): Strukturprinzipien der sozialen Krankenversicherung in der Gegenwart, in: Übersicht über die soziale Sicherung in Deutschland, hrsg. v. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung
- Kaupen-Haas, H. (1969): Stabilität und Wandel ärztlicher Autorität (Stuttgart)
- Kilian, H. (1970): Kritische Theorie der Medizin, in: Argument 60, p. 87 ff
- Kornhauser, A. (1965): Mental Health of the Industrial Worker (New York: Wiley)
- Krähe, H., Schöning, G. (1970): Funktion der Medizin und ihre Manifestation in der medizinischen Ausbildung, in: Argument 60, p. 2 ff
- , van den Bussche, R. (1970): Der numerus clausus in der Medizin: Daten, Entwicklungszusammenhänge, Analyse, in: studentische politik, H. 2, p. 13 ff
- Lorenzer, A. (1971): Sprachzerstörung und Rekonstruktion (Frankfurt: Suhrkamp)
- Marcuse, H. (1969): Ideen zu einer kritischen Theorie der Gesellschaft (Frankfurt: Suhrkamp)
- Marx, E. (1970): Das Kapital, MEW, Bd. 23—24 (Berlin: Dietz)
- Merton, R. K., Bloom, S., Rogoff, N. (1956): Studies in the Sociology of Medical Education, in: J. Med. Education 31, P-552
- Mitscherlich, A. (1969): Krankheit als Konflikt 1 (Frankfurt: Suhrkamp)
- (1967): Krankheit als Konflikt 2 (Frankfurt: Suhrkamp)
- Parsons, T. (1967): Definition von Krankheit und Gesundheit im Lichte der Wertbegriffe, in: Mitscherlich, Brocher, Mering, Horn (Hrsg.): Der Kranke in der modernen Gesellschaft (Köln: Kiepenheuer & Witsch)
- Regus, M. (1970): Das Krankenhaus im gesellschaftlichen Widerspruch, in: Blätter für dt. und int. Politik, H. 10, p. 3 ff.
- Rickert, H. (1921): Die Grenzen der naturwissenschaftlichen Begriffsbildung, cit. n. Lorenzer, 1971.
- Spitz, R. (1969): Vom Säugling zum Kleinkind (Stuttgart: Klett)
- de Veer, A. (1955): Success and Failure in Industry: A Psychomedical Study (Assen: The Netherlands)

Virchow, R. (1968): Mitteilungen über die in Oberschlesien herrschende Typhus-Epidemie (Darmstadt: Wiss. Buchgem.)

Adresse des Autors:

Siegfried Zepf

II. Medizinische- und Poliklinik der Christian-Albrechts-Universität

23 Kiel

Metzstr. 53—57

Obesity and Orality

Hilde Bruch*

Bruch stellt die von der Freudschen Konzeption eines angeborenen Triebes zur Nahrungsaufnahme abweichende Hypothese auf, daß eine solche Fähigkeit nicht angeboren ist, sondern sich durch einen Entwicklungs- und Lernprozeß in der Interaktion mit der Umwelt allmählich entwickelt. Sie sieht ihre theoretische Annahme bestätigt durch Untersuchungen im klinischen Bereich, in der Neuropsychologie und vergleichenden Verhaltensforschung und in Übereinstimmung mit neueren entwicklungspsychologischen Ansätzen. Fettsucht und andere Eßstörungen werden nicht primär als durch einen bestimmten Konflikt verursacht angesehen, sie sind vielmehr das Ergebnis eines fehlgelaufenen Lernprozesses in der Phase der frühen Mutter-Kind-Beziehung, der es dem Kind unmöglich machte, eine Körper- und Ich-Identität zu entwickeln. In der therapeutischen Behandlung muß deshalb neben der Konfliktverarbeitung vor allem der Lernprozeß, der zur Orientierung über den eigenen Körper und das Selbst führt, in Gang gebracht werden.

Few psychoanalytic concepts have been used as widely as the concept of instinct for explaining abnormal development. Under this orientation obesity and other eating disorders are conceived of as resulting from disturbances during the oral phase. Yet the concept of instinct has been widely debated. *Freud* himself proposed many theoretical formulations and remained critical of all his efforts to formulate a fixed theory of instinct. A definite progression can be recognized in his concept of the instinctual drives, represented in the Id, from the reflex arc scheme of a self-contained closed system, unrelated to the outer world (*Freud*, 1915), toward a more modern biological view according to which instinct is seen as "a tendency innate in living organic matter impelling it towards the reinstatement of an earlier condition, on which it had to abandon under the influence of external disturbing forces", i. e., instincts in this view are influenced by and interact with life experiences (*Freud*, 1920). The notion persists that there is an inborn capacity to recognize and fulfill bodily needs.

I shall examine in this paper the question of whether and how much organized awareness of hunger is present at birth. When *Freud* (1905) formulated his concept of "libido" he did it as a parallel to "hunger" which he felt was a generalized expression for the instinct of nutrition. Hunger is so much a word of everyday language that it is easily overlooked that it is a rather complex concept conveying many different meanings. Hunger refers to the physiologic state of severe food deprivation, starvation, or to widespread famine. Hunger denotes also a psychological experience, namely, the complex, unpleasant and compelling

* M. D., Professor of Psychiatry, Baylor University College of Medicine, Houston, Texas

sensation an individual feels when deprived of food, resulting in searching, even fighting for food to relieve its torment. For a psychological study it is of utmost importance to separate the physiological state of nutritional need and the perception and conceptual awareness of this state.

There is a third way in which the word hunger is used, namely, as a symbolic expression of a state of need in general, or as a simile for want in other areas. This, too, has led to confusion though one which is more readily recognized.

Problems of similar complexity exist in the concept of "pain", and they have been widely discussed by biologists and neurologists. Susanne Langer (1967), in "Mind: An Essay on Human Feeling", brings the various observations together. She points out that this problem involves semantic as well as philosophical considerations. Confusion has arisen from the tendency of mixing the two "logical languages" that refer to the description of physical and psychical phenomena. Freud (1915) made a clearcut distinction when he defined instinct as "a borderland concept between the mental and the physical, being both the mental representative of the stimuli emanating from within the organism and penetrating to the mind, and at the same time a measure of the demand made upon the energy of the latter in consequence of its connection with the body".

Kubie (1953, 1956), in a series of papers, emphasized the needs to understand the complexity of instinctual development through a proper understanding of the function of the symbolic processes and their influence on instinctual processes. He expressed misgivings about the use of the word "libido" (Kubie, 1959). I wish to offer here the hypothesis that hunger awareness is not innate biological wisdom but that learning is necessary for this biological need to become organized into recognizable patterns.

Clinical Observations

The need to examine the tacit assumptions about hunger forced itself upon me during the psychiatric and psychoanalytic study and treatment of a large group of patients suffering from anorexia nervosa or developmental obesity; quite a few of them were borderline or frankly schizophrenic (Bruch, 1957, 1966).

Psychoanalytic inquiry helped to recognize the manifold unconscious and symbolic meaning of food, both in voracious uncontrolled intake or rigid refusal to eat. Food may symbolically stand for an insatiable desire for unobtainable love, or expression of rage and hatred; it may represent the wish to be a man and possess a penis, or the wish to be pregnant, or fear of it. It may help to achieve a sense of spurious power and self-aggrandizement, or serve as a defense against adulthood and respon-

sibility. Preoccupation with food may appear as helpless dependent clinging to parents, or as a hostile rejection of them (*Bruch*, 1957, 1961). *Hamburger* (1951, 1960), on basis of psychoanalytic investigation of obese patients, reported also that symbolically food may carry an enormous variety of different, often contradictory, connotations.

These often very gifted young people grasped psychodynamic relationships with amazing ease, and they would acquire an extensive psychoanalytic vocabulary. They had a great tendency to remain basically unaffected by analysis, or to relapse after dramatic improvement. This happened not only with my patients but also with those analysed by others. *Meyer* and *Weinroth* (1957) expressed doubt that favorable changes in anorexia nervosa could be attributed to "insight", and felt that it might be related to other factors.

In evaluating and re-evaluating what might have been overlooked in the analysis of these patients, it was gradually recognized that it was not the one or other "conflict" or anything of motivational content, but something in their basic approach to themselves and life. These patients suffered from an overriding all-pervasive sense of ineffectiveness, of not being in control of their body and its functions, of mistrusting as pretence or fraudulent any thought and feeling originating within themselves. They were equally uncertain and confused in understanding the behavior of others. The easily acquired "insight" had been just one more "thing" they had passively accepted from their therapists, but which they had been unable to assimilate or use effectively in their own living. The psychoanalytic situation had been, in certain aspects, a factual reliving and re-experience of the transactional patterns that had pervaded their whole lives. Particular manifestations of "transference" had been duly recognized and properly analysed — but had remained as ineffective as other interpretative clarification in this undoing atmosphere of basic self-mistrust.

In trying to unravel this paradox, my approach to these patients became simpler, fact finding rather than interpretative, and the direction of my questions changed from trying to understand the why, the unconscious symbolic motivation of the disturbed eating patterns, to how it had been possible for a body function, as essential and basic as food intake, to be transformed in such a way that it could be misused so extensively in the service of non-nutritional needs. Pursuit of this inquiry led to the to me startling discovery that hunger, the recognition of nutritional needs, was not an innate capacity of the organism, but something that contained important elements of learning. It became apparent that something had gone wrong in the experiential and interpersonal processes surrounding the satisfaction of nutritional and other bodily needs, and that there has been incorrect and confusing early learning which had

resulted in an inability to recognize hunger and to differentiate "hunger", the urge to eat, from signals of bodily discomfort that had nothing to do with "food deprivation", and from emotional tension aroused by the greatest variety of conflicts and problems. Obese patients are even more inaccurate in recognizing satiety, the feeling of having had enough (*Bruch, 1961*). It became gradually clear that the old charge of obese people having "no will power" described an important deficit in their functioning related to their not being clearly aware of bodily sensations; one cannot exercise control over a function or need which is not even recognized.

Once the question was formulated in this way, evidence of a deficit in hunger awareness rapidly accumulated. Anorexic patients will spontaneously declare "I do not need to eat", and seem to mean it literally. At times they are overpowered by an urge to gorge themselves to the point of spontaneous or induced vomiting. Many fat patients, when questioned on this point, will answer with an immediate sense of recognition that all their lives they had suffered from such an inability.

For effective treatment it is necessary to clarify the underlying conflict situations (as is done in traditional analysis), and to help a patient learn to discriminate between nutritional need and other bodily sensations and emotional states. Thus they will acquire the until then undeveloped tools necessary for orienting themselves about their own "self", their body and competence, and for differentiating themselves from others, and for growing beyond the helpless submissive passivity or uncritical negativism (*Bruch, 1962*).

Corroborative Observations

Direct observations on the ability correctly to recognize the nutritional state has given support to these theoretical considerations. Measured amounts of food were introduced into the stomach of subjects of normal and abnormal weight. Marked individual differences were observed in the accuracy of recognizing whether or not, and how much, food had been received. Some healthy normal subjects were consistently accurate; others though of normal weight, were less so. However, obese and anorexic patients were significantly more inaccurate (*Coddington and Bruch, 1963*). *Stunkard (1959)* reported that, during the presence of stomach contractions, fasting obese women usually failed to report awareness of hunger, or epigastric emptiness, or a desire to eat, whereas non-obese women usually would report such sensations.

Through a series of ingenious experiments in which external factors were manipulated, *Schachter and Nisbett (1968)* showed that obese sub-

jects were affected in their eating habits by external cues, such as the sight of food, its availability, apparent passage of time, whereas subjects of normal weight eat according to interoceptive determinants (*Nisbett*, 1968). Though these studies fail to consider those internal, non-nutritional cues such as emotions, depression and anxiety which play such an important role in clinically obese patients, they give objective support to the clinical observations that people show great differences in the accuracy of recognizing and conceptualizing bodily needs.

Physiologists have been familiar with this for some time. *Hebb* (1949) summarizing his experiences and those of others concluded that the sensation of hunger was not inborn, that the state of nutritional deprivation was apt to be disruptive of food seeking behavior. *Wolff* (1966) observed in neonate infants that hunger has a disorganizing effect on goal directed activities, after an initial augmenting phase.

Many observations on the functional deficits of animals reared in isolation point in the same direction. Monkeys raised on cloth covered wire dummies, referred to as "mothers", but without access to other live monkeys, were grossly abnormal when fully grown, apathetic, stereotyped in their response, suffering from abiding affectional deficiency, incapable of grooming behavior, exhibiting many bizarre mouthing habits, and inadequate in sex behavior, though having undergone physiologic puberty (*Harlow*, H. F. and *Harlow*, M., 1966)*.

* Three of such isolated monkeys who had been removed from their mothers with 24 hours of birth and raised in total isolation for the next 12 months were studied in Mirsky's laboratory. The isolates were between 4 and 5 years old at that time and had spent the preceding 3 years in a group of monkeys. In conditioning experiments, it was found that their capacity to acquire both discriminated instrumental and cardiac responses to avoidance stimuli had not been affected. When paired for such studies with feral monkeys, the isolates were totally incapable of responding either physiologically or instrumentally to nonverbal facial expressions of other monkeys, and were also seriously impaired in sending recognizable "messages" to others. This suggests that the ability to express normally or interpret accurately the social behavior of others of their species must be acquired by monkeys during early infancy (*Mirsky*, I. A.: The Saul Albert memorial lectures: some comments on psychosomatic medicine. *Excerpta Medica Intern. Congress.* 187, p. 107—125, 1968).

During these experiments it was observed that the isolates ingested larger quantities of fluid than others. The question of their food intake was subsequently studied. Throughout their lives they had received the same amount of food as other members of their species. When larger amounts were given their intake rapidly increased and the supply was always low or exhausted when checked, however much food had been offered. The isolates clearly overate in comparison with the normal controls; in fact, their food consumption fell well within the range reported for hyperphagia produced monkeys with lesions of the ventromedial nucleus (*Miller*, R. E., *Mirsky*, I. A., *Caul*, W. F., and *Sakata*, T.: Hyperphagia and polydispia in socially isolated rhesus monkeys. *Science*, 165: 1027—1028, 1969). These studies demonstrate beyond any doubt that such seemingly innate functions, often referred to as instincts, require learning early in life.

The need for learning and organizing of experience applies even to the experience of pain — something that has been considered even more fundamental than hunger; avoidance of pain seems to express some basic innate biological property. Dogs raised in isolation, with severe restriction of sensory stimulation, failed to develop the capacity to avoid noxious stimulation and to behave as if they perceived pain normally (*Melzack, 1965*).

Isolation and absence of stimulation and interaction with other humans results also in the human in defective organization. *Freedman and Brown (1968)*, reported on two children who had been raised in virtual total isolation, except that food had been given to them. There was marked retardation in many areas. The four year old boy, when first observed in a foster home, would fall and cut or bruise himself without expression of pain. He also would eat anything and as much as he could reach; the only effective method of limiting his food intake to reasonable amounts was to remove him bodily from the source of supply.

Feeding and Feedback

In any discussion of eating and its psychological implications one simple basic unavoidable fact cannot be overlooked, that feeding in the human infant always demands the cooperation of another person. The continuous ongoing interaction between infant and food giver is accompanied by emotional-affectional experiences which surround eating for the rest of our lives. This aspect has found ample attention in the clinical and psychoanalytic literature, and is so widely known that I shall not specifically discuss it. The other aspect, namely, that this continuous interaction has also a bearing on the conceptual aspects of hunger awareness, has been neglected. The main theme of this presentation will be the hypothesis, that discriminating awareness of hunger itself is not present at birth and develops, accurately or distortedly, through reciprocal transactional feedback patterns of experience.

The whole psychoanalytic vocabulary has the implication that the infant, in some fairly adequate though not necessarily conscious way, knows how he feels and what he wants, and furthermore, unless he is forced to repress this knowledge by specific prohibitions in the environment, he is perfectly capable of utilizing what opportunities the environment presents for the satisfaction of his needs.

Factual observations suggest that the human infant starts life, in his subjective experience, unable to differentiate himself from others, and that his biological needs are unidentified and unidentifiable states of tension and discomfort. The achievement of a sense of separateness is the outcome of developmental processes which are of crucial significance

for the later sense of effective identity. *Kubie* (1953) has pointed out that in the process of symbolic self-differentiation, an individual learns that there are groupings of sensations which are preserved in spite of the various displacements in the perceptual field, and thus he learns to regard his own body as one of these groupings. An important prerequisite for correct conceptual conclusions about sensations arising within the body and their differentiation from those impinging from the outside is the ability correctly to identify sensations indicating biological urges.

How does the normal child learn an integrated concept of his bodily existence as separate from the outside, and how does he become aware of his having control of his own sensations and impulses in mastering this in his interpersonal and social relations? Any one-sided concept of the child being a helpless receiver of the adult's administrations neglects that the infant, though immature, gives the clues and signals indicating his wants and needs. How they are responded to, fulfilled, or neglected, appears to be the crucial point for his becoming conscious of his needs. There is need to differentiate, from birth on, two basic forms of behavior, namely, behavior initiated in the infant, and behavior in response to stimuli from the outside. This distinction applies to both the biologic and the social-emotional field, and also to pleasure or pain-producing states. The mother's behavior in relation to the child is either responsive or stimulating. The interaction between the environment and the infant can be rated as appropriate or inappropriate, depending on whether it serves his survival and development, or disregards or distorts it. These elementary distinctions permit the dynamic analysis, irrespective of the specific area or content of the problem, of an amazingly large variety of clinical situations.

This theoretical frame goes beyond, or avoids, the traditional dichotomy of somatic and psychological aspects of development or of contrasting genetic aspects to experiential events. The biological preparation for each learning step has a genetic determination. But this does not mean that the development of the genetic learning potential is independent of environmental influences. The newborn is no more a *tabula rasa* than a homunculus. The infant can learn certain things only at certain times; for feeding behavior this learning begins at the moment of birth (*Bruch*, 1969).

Appropriate responses to clues coming from the infant, in the biological field as well as in the social and emotional field, are necessary for the child to organize the significant building stones for the development of self-awareness and self-effectiveness. If confirmation and reinforcement of his own initially rather undifferentiated needs and impulses have been absent, or have been contradictory or inaccurate, then a child will grow up perplexed when trying to differentiate between disturbances in his biolo-

gical field and emotional and interpersonal experiences, and he will be apt to misinterpret deformities in his self-body concept as externally induced. Thus he will become an individual deficient in his sense of separateness, with "diffuse ego boundaries", and will feel helpless under the influence of external forces.

For healthy development experiences in both modalities are essential, confirmation of clues originating in the child, and his responding to outside stimuli. It must be assumed that this applies to all areas of development. How it operates can be observed in the eating function. When a mother offers food in response to signals indicating nutritional need, the infant will gradually develop the engram of "hunger" as a sensation distinct from other tensions or needs. If, on the other hand, a mother's reaction is continuously inappropriate, be it neglectful, oversolicitous, inhibiting or indiscriminately permissive, the outcome for the child will be a perplexing confusion. When he is older he will not be able to discriminate between being hungry or sated, or some other discomfort. At the extremes of eating disorders, one finds the grotesquely obese person who is haunted by the fear of starvation, and the emaciated anorexic who is oblivious to the pangs of hunger and the weakness, fatigue and other symptoms characteristic of chronic undernutrition. Even more confusing to the child are the actions of a mother who is continuously preoccupied with herself; whatever a child does, it is interpreted as expressing something about the mother. In such a setting non-eating may be equated with criticism of the mother, and eating as expressing happiness and love.

Correct or incorrect learning experiences are codified in the brain on various levels for conceptual representation, depending on the stage of brain maturation, and the emotional state at the time of the experience. The learning process is not restricted to infancy but is continued throughout childhood. The content of this learning relates to the whole range of experiences that characterize human life. The larger the area of appropriate responses to the various expressions of a child's needs and impulses, the more differentiated will the child become in identifying his bodily experiences, and other sensations, thoughts, and feelings as arising within him, and as distinct from the human or nonhuman environment. In other words, he will grow into a person who, regardless of difficulties of living, feels essentially self-directed in his experiences.

Failure of a regular and persistent appropriation to his needs, deprives the developing child of the essential groundwork for his "body identity", with perceptual and conceptual awareness of his own functions. A child growing up this way may acquire the facade of adequate functioning by robot-like cooperation with environmental demands. The gross deficit in initiative and active self-expression will become manifest when he is confronted with new situations, such as going to camp or college, or at

puberty with its new demands for which the distorted routine of his background has left him unprepared. Such an individual may feel helpless under the impact of his bodily urges, or feel controlled from the outside, like not owning his body (*Bruch*, 1962).

In this model of child-mother interaction the emphasis is on what fails to go right, and not on particular traumatic events. Reconstructed early feeding histories of fat and anorexic patients are often conspicuous by their blandness. The parents feel there is nothing to report: the child never gave any trouble, ate exactly what was put before him; the mother was the envy of her friends and neighbors because her child did not fuss about food, nor was he negativistic during the classic "period of resistance". This goodness was reported for other areas, too, like cleanliness, no rough play or destructive behavior, and no disobedience or back talking. Many mothers would report with pride how they always "anticipated" their child's needs, never permitting him to "feel hungry".

A generation ago such mothers would report with as much self-satisfaction that they waited for exactly the minute for which the feeding was scheduled and made sure that the child took every drop of the prescribed amount.

Case Report

For illustration of multiple abnormal transactional patterns I have chosen the history of a 20-year-old woman who had been fat as a child, became anorexic when at age 13 she was sent to a boarding school, maintained a weight of 96 pounds for five years through bizarre feeding arrangements, and then gained rapidly, to 160 pounds, after an emotional disappointment. She had been in psychotherapy nearly continuously for ten years, but the situation was deteriorating and led to psychiatric hospitalization. She was a troublesome, aggressive and demanding patient. Re-evaluation of the underlying problems, in terms of her frantic helplessness, led to a change in treatment approach with a marked improvement in an amazingly brief period (*Buch*, 1961; 1968).

This girl had been conceived when her mother, in her late thirties, no longer expected a child. She was born long and wiry, and the mother resolved to make her plump. Thus from the moment of birth on, a situation developed with the mother stuffing food into her child whether she wanted it or not. As a result the girl became quite fat as a child which in turn aroused anxiety in the parents but did not lead to change in feeding pattern.

The mother described herself as a person who needed time to be alone and who had experienced the child as an intrusion on her own life. She therefore would decide to pretend her daughter was not there and would just ignore the child, for many hours at a time, no matter what she did.

She was quite open in describing this: "I withheld affection from her as discipline. She had a violent reaction to being ignored which happened very often. There was very little affection shown her and a lot of discipline." The girl would fight back by such devices as kicking her mother, pulling out light switches, anything to gain attention. She became so unmanageable that she was sent to a boarding school for problem children. After return from this school, at age 15, she weighed 96 pounds and was determined never to exceed this figure. She forced her parents never to have any food in the home, to give her the exact amount at each meal so that she would not exceed this weight. When she gained as much as an ounce she became violent and destructive. She finally forced her parents to move out of the apartment and to bring her three meals every day in the exact amount to maintain her weight at the sacred figure. The girl's whole life focussed around her weight, and she was desperate that she did not know how much to eat, hence the demand for exact control from her parents. She expressed as her self-concept: "What I am now my parents have created. I am the product of their creation. If I am a bad child now, it is all their fault." She remembered her childhood with bitterness: "It is horrible to be considered not to be there", and she frequently referred to herself as "a Nothing". All her fighting and aggressive behavior had been a desperate attempt to change her parents so that they could create her in a better mold. Being thin was one way of being something in her own right, not entirely her parents' product. But she was unable to exercise control over her food intake, hence the rapid increase in weight when she gave up caring about her weight, after being slim had not accomplished what she had dreamed of, namely making a young man fall in love with her.

The absence of meaningful communication in this family was extreme but in other cases, too, there are abnormal transactional patterns in many areas, not only in the feeding situation. Under such conditions a child is obliged to accept these distorted conceptions about his body and body functions in order to maintain even the most unstable equilibrium with the person on whom he is most dependent, and thus is prevented from developing a clearly differentiated body scheme and sense of competence. Only as long as he can ignore his actual body needs can he maintain the essential interpersonal relationships. When his own needs are forced to his attention, either through demands of the culture for self-reliance, or the outbreak into awareness of his own accumulated frustration, he experiences his inability to understand and satisfy these needs as a chaotic desintegration of the unity of body and self, and as his failure in making contact with others with integrated body selves. The close association of severe eating disorders with schizophrenic reaction appears to be related to this disturbance in basic self-concept.

*Converging Evidence from Studies of Child Development, and from Neurophysiology**

It would be impossible to include in this brief discussion any of the wealthy and detailed observations of child development, and of the experiments of modern neurophysiology that have bearing on the problem under discussion. The model of development as circular, reciprocal transactions between parent and child is in good agreement with other studies of infancy, though, as far as I know, no one has expressed this in quite such simple and general terms. *Piaget* (1954) speaks of these reciprocal processes as "accommodation", the transformations induced in the child's patterns of perception behavior. *Spitz* (1945) stressed the importance of adequate maternal care for proper physiologic and mental development when describing the poignant fate of neglected infants. The earliest mode of experience which he called "coenesthetic" perception, he considered to be present at birth (*Spitz*, 1965). *Escalona* (1963) speaks of the infant's experience as the matrix of his psychological growth, and gives many details of the transactions between mother and child as reciprocal. She considers such experiences, with their countless and successive adaptations, essential for normal as well as disturbed development. However, she considers "hunger" an innate biological given. *Mahler* (1965) describes in detail the individuation-separation process as circular, when infants were observed in the actual presence of their mothers. She considers the earliest period of infancy as a "symbiotic phase", during which the mother needs to strike a balance between frustration of and intrusion on the infant's "inborn wisdom" of his needs.

While living with families who had produced a hospitalized schi-

* Since this paper was written, another report has come to my attention, a study of the interaction between infants and mothers in the feeding situation, during the first 3 months of life. (Ainsworth, M. D. S., and S. M. Bell: Some contemporary patterns of mother-infant interaction in the feeding situation. In: *Stimulation in Early Infancy*, New York, Academic Press, 1969, pp. 133—170). This study aimed at defining factors involved in the development of a child's attachment to his mother. The authors observed that the differentiating factors were not related to the technique of feeding, such as schedule versus demand, or breast versus bottle feeding, but to the relevance of the mother's response to the infant's signals of his need. Trust and attachment were related to the sensitivity and appropriateness with which a mother had interacted with her child.

In six out of 26 cases, the mother would overfeed the baby, four times with the intent to gratify him, thereby tending to treat too broad a spectrum of cues as signals of hunger; in two cases in an effort to produce a baby who would demand little attention and would sleep for long periods. These six babies were rated "overweight" by their pediatrician at age 3 months and they continued to be overweight at age 1. Some of these mothers had weight problems but others were of normal weight.

zophrenic child, *Henry* (1961) recognized the highly inappropriate ways, duplicated with monotonous sameness day in and day out, with which such mothers would superimpose their own concepts in the feeding situations. *Selvini* (1967), in studying families where one child had developed anorexia nervosa, found highly inappropriate transactions in the feeding situations of other children.

Modern neurophysiological thinking has moved in a converging direction. *Pribram* (1968) speaks of the servo-mechanism type of neural organization and suggests that two reciprocally acting mechanisms of control exist and that feedback is ubiquitous in the organization of the nervous system. He proposes a model of brain function that is memory based rather than drive based, that means the traces of past and ongoing experiences enter into the organization of patterns. *Morgane* (1964), through his studies of the regulation of the food and water intake, points out that the old concepts of "localization" and hypothalamic "centers" are no longer tenable and that a general system approach to several interrelated brain stem areas is necessary for a more useful understanding of brain functioning. The hypothalamus which has been so extensively studied as the center of weight regulation, must now be conceived of as a component of a larger system. These few sentences cannot do more than hint at the direction of modern neurophysiological research which appears to be consonant with the concept of learning of hunger awareness through transpersonal experiences.

Concluding Comments

The question offers itself: are these observations and considerations in agreement with psychoanalytic concepts, or do they contradict them? The answer will depend on how one defines his terms. To anyone insisting on concrete "fundamentalistic" definitions of existing terms, any reformulation may appear as an undermining of *Freud's* original concepts. To one with a more general perspective, concerned with the relationship of psychoanalytic theory to current biological research, concepts derived from psychological observations and advances in neurophysiology do not appear incompatible with the earlier formulations. On the contrary, such reformulations are essential for concepts to remain useful and alive, that were formulated in the light of the contemporary thinking of their own time. Many have made important contributions to such reexaminations, though there is a regrettable tendency to ignore each other's work, or to reject divergent opinions. *Kubie* (1953, 1956) has stressed the significance of modern neurophysiological research for clearer delineation of analytic concepts, and for the understanding of the interaction between symbolic processes and instinctual development.

In one of his earliest formulations, the Project of 1895, *Freud* offered a neuropsychological model in which he ascribes the "experience of satisfaction" to intervention by a care-taking person, that only by such intervention could wishes develop sufficient complexity, and psychological structure become organized. *Pribram* (1965) examined these concepts, which were abandoned by *Freud*, in the light of modern neurophysiological and neurobehavioral techniques, and finds them in some way consonant with modern thinking.

Viewed in a wide perspective, one may consider it one of *Freud's* great contributions that he stepped outside the frame of static organicistic thinking of his time, and recognized the dynamic psychological component that impinges on all biological functions, and its relationship to the whole gamut of emotional development, character structure and symptom formation. In the light of present day knowledge one must say he did not go far enough in his assumption of the plasticity of biological organization. He focused on the conflict between bodily needs and cultural demands. It appears now that without continuous interaction with a living environment, useful and meaningful organization and integration of body awareness fails to develop. One can stand only in admiration before the astuteness and clarity of *Freud's* vision that permitted him to see various degrees of abnormal interaction between biological functioning and developmental experiences, though the biological sciences of his time did not support his views. What he conceived of as "fixation" or "repression" of, or "regression" to, a pre-existing instinct can now be formulated as deformed organization of the functioned potential, due to inconsistent learning, or functioning on different levels of neurophysiological integration of the central nervous system.

The problems and issues discussed in this paper deal with experiences during the pre-symbolic and pre-verbal phase. In a way these earliest organizations set the stage for the later developments which would not be possible without the building stones of the earlier integrating organization. These concepts which are consistent with recent neurophysiological research, permit one to extend backwards to functions which had been conceived of as "biological givens" the genetic dynamic thinking *Freud* introduced into psychology and medicine.

Fettsucht und Oralität

Hilde Bruch

Psychoanalytische Interpretationen, die sich auf die *Freudsche* Konzeption eines angeborenen Triebes zur Nahrungsaufnahme stützen, sehen Fettsucht und andere Eßstörungen als Folgeerscheinung von Störungen in

der oralen Phase an. *Freud* selbst hat die Annahme instinktiver Triebe als einen kritischen Bestandteil seiner Theorie betrachtet. Grundsätzlich hielt er daran fest, daß es eine angeborene Fähigkeit, körperliche Bedürfnisse zu erkennen und zu befriedigen, gibt. Er betont jedoch, daß Instinkte durch Interaktion mit der Umwelt, durch Lebenserfahrung, beeinflussbar sind.

Bruch diskutiert am Beispiel des Hungers die Problematik der Annahme eines Instinktes. Sie stellt die Gegenhypothese auf: die Fähigkeit, ein Bedürfnis zur Nahrungsaufnahme zu erkennen und die Möglichkeit, organisierte Verhaltensmuster, die zur Befriedigung führen, zu zeigen, sind nicht von Geburt an präsent. Sie entstehen erst als Ergebnis eines wechselseitigen Lernprozesses in der Interaktion mit der Umwelt. Klinische Beobachtungen zeigten, daß fettsüchtige Patienten oft sehr intelligente junge Menschen sind, denen es relativ leicht fällt, psychodynamische Zusammenhänge zu verstehen. Trotz dieser „Einsicht“ bleiben sie jedoch sehr häufig von der Analyse unbeeinflusst. Fehlschläge in der Behandlung führten zu der Erkenntnis, daß nicht der eine oder andere Konflikt die Krankheit auslöst, sondern, daß die Ursachen in einer bestimmten grundlegenden Einstellung des Patienten zu sich selbst und seiner Umwelt gegenüber zu suchen sind. Solche Patienten leiden unter einem alles überdeckenden Gefühl der Ineffektivität, der Unfähigkeit, den eigenen Körper und seine Funktionen zu kontrollieren, und des Mißtrauens gegenüber allen eigenen Gedanken und Gefühlen. Ebenso unsicher sind sie im Verständnis des Verhaltens anderer.

Die leicht erworbene „Einsicht“ ist eine „Sache“ mehr, die sie passiv vom Therapeuten übernehmen, die aber in dieser untätigen Atmosphäre des Selbstmißtrauens ohne Beziehung zum eigenen Leben bleibt. In der therapeutischen Behandlung wurden deshalb weniger Deutungsversuche, die die unbewußte symbolische Motivation des gestörten Eßverhaltens aufdecken sollen, unternommen, als vielmehr versucht zu verstehen, wie es dazu kam, daß eine so grundlegende Körperfunktion wie die Nahrungsaufnahme derart umgeformt werden kann, daß sie auch den Umgang mit anderen Bedürfnissen störend beeinflusst. Diese Vorgehensweise deckte auf, daß das Erkennen des Nahrungsbedürfnisses nicht angeboren ist, sondern vom Lernen durch Erfahrung im interpersonellen Prozeß, der die Befriedigung des Nahrungsbedürfnisses umgibt, abhängt. Dieses frühe Lernen ist fehlgelaufen, so daß das Kind nicht fähig wurde, zwischen Hungerempfindungen und anderen Signalen für körperliches Mißbehagen bzw. emotionalen Spannungen, die aus ganz unterschiedlichen Konflikten und Problemen resultieren, zu unterscheiden.

Bruch sieht ihre Hypothese bestätigt durch experimentelle Untersuchungen, die ergeben haben, daß Fettsüchtige, sowie Patienten, die unter Anorexia nervosa leiden, Schwierigkeiten haben zu erkennen, ob sie Hun-

ger haben und wann sie satt sind (*Bruch, Coddington, Shunkard*); daß ihre Eßgewohnheiten wesentlich durch äußere anstatt durch innere Anreize gesteuert sind (*Nisbett, Schachter*). Ebenso haben physiologische Untersuchungen (*Hebb*) deutlich gemacht, daß Hungerempfindungen nicht angeboren sind. Darüber hinaus bestätigen Deprivationsexperimente immer wieder, daß Isolation und weitgehendes Fehlen von Stimulation und Interaktion bei Mensch und Tier verhindert, daß gelernt wird, zwischen verschiedenen Bedürfnissen zu differenzieren und daß sich keine angemessenen Verhaltensmuster, die der Befriedigung dienen, ausbilden können (*Harlow, Melzack, Freedman*).

Der Säugling lernt aus der Erfahrung, wie die Mutter auf seine Signale, die Wünsche und Bedürfnisse anzeigen, eingeht, allmählich sich von der Umwelt zu unterscheiden und seine Empfindungen und Bedürfnisse zu differenzieren.

Fehlt die Unterstützung und Verstärkung der anfänglich diffusen Äußerungen von Bedürfnissen und Impulsen oder ist sie ungenau und widersprüchlich, so wird dem Kind die Grundlage für die Entwicklung seiner Körper-Identität entzogen. Seine Ich-Grenzen bleiben diffus, und es wird sich hilflos fühlen gegenüber dem Einfluß äußerer Kräfte.

Für die effektive Behandlung von Eßstörungen ist es notwendig, die zugrundeliegenden Konfliktsituationen zu klären (wie in der traditionellen Analyse) und dem Patienten zu helfen, daß er zwischen Nahrungsbedürfnis und anderen Körperbedürfnissen zu unterscheiden lernt. Die Orientierung über sein Selbst und seinen Körper wird ihn Wege finden lassen, über seine Hilflosigkeit, seine unterwürfige Passivität und den unkritischen Negativismus hinwegzukommen.

Die theoretischen Erörterungen der Problematik werden mit einer Falldarstellung eines 20jährigen fettsüchtigen Mädchen verdeutlicht.

Die Autorin findet ihr Entwicklungsmodell in theoretischer Übereinstimmung mit Ansätzen von *Piaget, Spitz, Escalona* und *Mahler*. Sie weist nochmals auf die in gleiche Richtung weisenden neurophysiologischen Forschungsergebnisse hin (*Pribram, Morgane*) und stellt abschließend die Frage nach der Übereinstimmung oder dem Widerspruch mit der psychoanalytischen Konzeption. *Freud* stellt als krankheitsauslösende Ursache den Konflikt zwischen körperlichen Bedürfnissen und den Forderungen der kulturellen Umwelt in den Mittelpunkt seiner Betrachtungen. Er ging damit in Bezug auf die Plastizität der biologischen Organisation noch nicht weit genug. Heute scheint es, daß ohne kontinuierliche Interaktion mit einer lebenden Umwelt, sich keine sinnvolle Organisation und Integration der Körper-Identität entwickeln kann.

Was *Freud* als Fixierung, Verdrängung, Regression eines angeborenen Instinktes betrachtete, kann umformuliert werden als deformierte Orga-

nisation eines Funktionspotentials, verursacht durch inkonsistentes Lernen oder durch Funktionsstörungen auf verschiedenen Ebenen der neurologischen Integration im Zentralnervensystem.

Literatur

- Bruch, H.* (1957): *The Importance of Overweight.* (New York: Norton)
- (1961): Conceptual confusion in eating disorders, in: *J. Nerv. & Ment. Dis.* 133, p. 46.
- (1961): Transformation of oral impulses in eating disorders: A conceptual approach, in: *Psychiatric Quarterly* 35, p. 458.
- (1962): Falsification of bodily needs and body concept in schizophrenia, in: *Arch. Gen. Psychiatry* 6, p. 18.
- (1962): Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa, in: *Psychosom. Med.* 24, p. 187.
- (1962): Disturbed hunger awareness, in: *The Regulation of Food and Water Intake. Abstracts of papers at Symposium, Leiden.*
- (1966): Eating disorders and schizophrenic development, in: *Psychoneurosis and Schizophrenia* (Philadelphia: Lippincott)
- (1968): Psychotherapy and eating disorders. *Int. Psychiatry Clinics*, (Boston: Little, Brown & Co.)
- , *Coddington, R. D.* (1963): Gastric perceptivity in normal, obese and schizophrenic subjects. Presented at the Ann. Meeting of the Psychosomatic Society, Atlantic City.
- , *Palombo, S. R.* (1960): Observations on the language of schizophrenia in the non-acute phase. Unpublished manuscript.
- Escalona, S. K.* (1963): Patterns of infantile experience and the developmental process, in: *Psychoanal. Study of the Child*, Vol. 18 (New York: Int. Univ. Press)
- Freedman, D. A., Brown, S. L.* (1968): On the role of coenesthetic stimulation in the evaluation of psychic structure, in: *Psychoanal. Quarterly* 37, p. 418
- Freud, S.* (1905): Three Essays on the Theory of Sexuality, in: *The Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Standard edition*, Vol. 7, (London: Hogarth Press, 1953)
- (1915): *Instincts and their Vicissitudes*, Standard ed., Vol. 14, aa O., 1957
- (1920): *Beyond the Pleasure Principle*, Standard ed., Vol. 18, aa O., 1948
- Hamburger, W. W.* (1951): Emotional aspects of obesity, in: *Med. Clin. N. Am.* 33, p. 483
- (1960): Appetite in man, in: *Am. J. Clin. Nutrition* 8, p. 569
- Harlow, H. F., Harlow, M.* (1966): Learning to love, in: *Am. Scientist* 54, p. 3
- Hebb, D. O.* (1949): *Organization of Behavior* (New York: Wiley)
- Henry, J.* (1961): The naturalistic observation of the families of schizophrenic children, in: *Recent Research Looking Toward Preventive Intervention* (Iowa City: State Univ.)
- Kubie, L. S.* (1953): The distortion of the symbolic process in neurosis and psychosis, in: *J. Am. Psychoan. Assn.* 1, p. 59
- (1956): Influence of symbolic processes on the role of instincts in human behavior, in: *Psychosom. Med.* 18, p. 189
- (1959): Discussion, in: *Conceptual and Methodological Problems in Psychoanalysis*, Ann. N. Y. Academy of Sciences 76, p. 994
- Langer, S. K.* (1967): *Mind: An Essay on Human Feeling.* (Baltimore: Johns Hopkins Univ. Press)

- Mahler, M. S.* (1965): On the significance of the normal separation — individuation phase, in: *Drives, Affects, Behavior*. (New York: Int. Univ. Press)
- Melzack, R.* (1965): Effect of early experience of behavior: experimental and conceptual considerations, in: *Psychopathology of Perception* (New York: Grune & Stratton)
- Meyer, B. C., Weinroth, L. A.* (1957): Observations on psychological aspects of anorexia nervosa, in: *Psychosom. Med.* 19, p. 389
- Morgane, P. J.* (1964): Limbic — hypothalamic — midbrain interaction in thirst and thirst motivated behavior, in: 'Thirst' Proceedings of the 1st Int. Symp. on Thirst in the Regulation of Body Water. (London—New York: Pergamon Press)
- Nisbett, R. E.* (1968): Determinants of food intake in obesity, in: *Science* 159, p. 1254
- Piaget, J.* (1954): *The Construction of Reality in the Child* (New York: Basic Books)
- Pribram, K. H.* (1965): Freud's Project: An open, biologically based model for psychoanalysis, in: *Psychoanalysis and Current Biological Thought* (Madison: Univ. Wisconsin Press)
- (1968): Toward a neuropsychological theory of person, in: *The Study of Personality*, (New York: Holt, Rinehart, Winston)
- Schachter, S.* (1968): Cognitive effects on bodily functioning: Studies of obesity and eating, in: *Science* 161, p. 751
- Selvini, M. P.* (1967): Die Bildung des Körperbewußtseins. Die Ernährung des Kindes als Lernprozeß, in: *Psychother. Psychosom.* 15, p. 293
- Spitz, R. A.* (1945): Hospitalism. An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood, in: *Psychoanal. Study of the Child*, Vol. 1 (New York: Int. Univ. Press)
- (1965): *The First Year of Life* (New York: Int. Univ. Press)
- Stunkard, A.* (1959): Obesity and the denial of hunger, in: *Psychosom. Med.* 21, p. 281
- Wolff, P. H.* (1966): The Causes, Controls, and Organization of Behavior in the Neonate, in: *Psychological Issues*, Vol. V., No. 1, Monograph 17, (New York: Int. Univ. Press)

Author's address:
Hilde Bruch, M. D.
Baylor College of Medicine
Texas Medical Center
Houston, Texas 77025

Buchbesprechungen / Book Reviews

Gerd Biermann

„Handbuch der Kinderpsychotherapie“

Ernst Reinhardt-Verlag, München/Basel, 1969, 2 Bände, 1190 Seiten, 120,— DM.

Gerd Biermann — ärztlicher Kinderanalytiker, Dozent für Psychosomatik des Kindes und Leiter der psychosomatischen Beratungsstelle für Kinder der Universitäts-Kinderpoliklinik München — gibt mit diesem Handbuch, erstmalig im deutschen Sprachraum, einen Überblick über den derzeitigen Stand in Forschung, Theorie und Praxis der Kinderpsychotherapie. Was das Buch so lesenswert macht, ist, daß *Biermann* als Herausgeber an die hundert Mitarbeiter des In- und Auslandes zu einer Kollektivarbeit gewonnen hat, darunter die führenden Vertreter der verschiedensten psychotherapeutischen Richtungen, und sie selbst in teils hervorragenden Beiträgen in diesem Buch sprechen läßt. Der Leser ist somit nicht an die Meinung eines einzigen Autors gebunden, sondern kann sich aus der Fülle der dargelegten Ansichten, Erfahrungen, Berichte selbst einen umfassenden Überblick über den internationalen Stand der Kinderpsychotherapie verschaffen und einen eigenen Standpunkt einnehmen. *Biermanns* bemerkenswerte Leistung besteht, neben seinen eigenen Beiträgen, in der ausführlichen Sammlung der verschiedensten Aufsätze aus aller Welt, in der sorgfältigen Formulierung der Kapitelthemen und der intelligenten Auswahl und Anordnung der einzelnen Beiträge in den Kapiteln. Er selbst gibt sich als profunder Kenner der kinderpsychotherapeutischen Fachliteratur zu erkennen.

Im ersten Kapitel des Buches erhält der Leser Einblick in die geschichtliche Entwicklung der Kinderpsychotherapie. Im folgenden wird die Welt so geschildert, wie sie das Kind in seinen einzelnen Entwicklungsphasen erlebt. Der Inhalt dieses Kapitels ist unseres Erachtens vorzüglich geeignet, einen Einblick in die Erlebniswelt des Kindes bis in seine frühesten Lebensstadien zu erhalten, um so ein größeres Verständnis und „kindgerechteres“ Verhalten entwickeln zu können; es gibt Auskunft über das Betätigungsfeld des Kindes, nämlich das Spiel, das lebensnotwendig zu seiner Reifung ist, das sein wichtigstes Ausdrucksmittel ist, in dem es u. a. Verhaltensweisen erlernt, die von seiner Umwelt verstanden und beantwortet werden können. Basierend auf diesen Erkenntnissen haben sich bei gleicher psychoanalytischer Grundlage, die sich teils gegenseitig ablehnenden kinderpsychotherapeutischen Schulen entwickelt: Melanie *Kleins* psychoanalytische-deutende Spieltechnik — die Schule der sogenannten Frühanalyse des Kindes —, Anna *Freuds* mehr pädagogisch orientierte Spieltherapie mit geringerer verbaler Interpretation und Hans *Zulligers* nicht-deutende Spieltherapie. Die Vertreter aller drei Schulen

führen ihre Therapie durch, indem sie mit dem Kind spielen — das Spiel ist das Ausdrucksmittel des Kindes schlechthin. M. *Klein* spielt mit dem Kind, um sogleich dem Kind das eigene Spielverhalten zu deuten und nimmt das Schwinden der kindlichen Angst bei dieser Therapietechnik als Kriterium der Heilung. Dem gegenüber steht *Zulliger*, der jede verbale Deutung ablehnt und durch aktives, spielendes Eingreifen in das kindliche Spiel das Verhalten des Kindes beeinflusst; in eindrücklichen Beispielen schildert er gute Therapieerfolge. Anna *Freud* steht der Schule *Zulligers* nahe, sie lehnt ebenfalls ausführliche verbale Interpretation ab und deutet, während sie mit dem Kind spielt „kindgerecht“, wobei sie die pädagogische Seite betont. Dabei bezieht sie sich auf die Tatsache, daß sich das Kind während der Psychotherapie noch in der Entwicklung befindet, noch geformt werden kann und Umerziehung — bei bisheriger Fehlerziehung mit der Folge der Fehlentwicklung — möglich ist. In Gerd *Biermanns* Handbuch werden weiterhin die Therapiemöglichkeiten in den verschiedenen Lebensaltern besprochen; dabei ist eine Arbeit René *Spitz'* über Säuglingstherapie geradezu atemberaubend.

Ein großes Kapitel ist der Dynamik der Kindertherapie gewidmet, einige Autoren schildern Zusatztherapien; sie benutzen als Therapiehilfsmittel Gegenstände aus der Spielwelt (Puppen, Baukästen, Zeichnen, Musik usw.)

Der zweite Band des Handbuchs ist ausführlich den Formen und Techniken der Kindertherapie gewidmet (ambulante Einzeltherapie, Therapie durch Beratung der Mutter, Simultantherapie Mutter—Kind, Kliniktherapie, Familientherapie, Gruppentherapie usw. Sie beruhen auf den völlig anderen Gegebenheiten beim Kind im Gegensatz zum Erwachsenen.

Dem Kind fehlt der Leidensdruck, die Krankheitseinsicht, es kann nicht assoziieren. Kindertherapie verlangt vom Kindertherapeuten aktive physische und positiv-emotionelle Mitarbeit — er muß dem Kind Spielkamerad, Freund und Beschützer sein —; das eher passiv-rezeptive Verhalten und die „freischwebende Aufmerksamkeit“ des Erwachsenenanalytikers eignet sich für Kinder nicht. Ein großer Teil der Therapie ist innere Erziehung und Führung, da die kindliche Persönlichkeit erst im Aufbau begriffen ist. Weiterhin muß bei der kindlichen Therapie die Tatsache mit einbezogen werden, daß das Kind völlig von seiner Familie d. h. von seiner Mutter abhängig ist, die der Therapeut oft durch Beratung in die Therapie miteinbeziehen muß und deren positive Einstellung zur Therapie ihres Kindes ausschlaggebend ist.

Das Buch ist als Lehrbuch und praktischer Ratgeber für Ärzte, Psychologen, Pädagogen und Eltern sehr empfehlenswert, es ermutigt alle diejenigen, die sich mit Psychoanalyse beschäftigen, sich dem speziellen Zweig der Kinderanalyse zuzuwenden mit dem Hinweis auf den nahezu

absoluten Mangel und dringenden Bedarf an Kinderanalytikern in Deutschland. Es stellt das Berufsbild des Kinderanalytikers dar und gibt praktische Hinweise auf die Ausbildungszentren.

Die Fülle des inhaltlichen Angebots dieses Buchs ist auch für den kinderinteressierten Laien anregend und ohne umfassende Vorkenntnisse gut lesbar; es hilft das Verständnis für kindliches Verhalten zu vertiefen und eine „kindgerechtere“ Welt für Kinder zu gestalten.

Regine Schneider (Berlin)

Karl Menninger

Strafe — ein Verbrechen? Erfahrungen und Thesen eines amerikanischen Psychiaters

R. Piper, München 1970, 336 Seiten, 26,— DM

Nach Erscheinen der amerikanischen Ausgabe ist an dieser Stelle (Dynamische Psychiatrie/Dynamic Psychiatry, 3. Jhg. Heft 1) eine Rezension des Buches veröffentlicht worden. Es erscheint uns aufschlußreich, zur deutschen Ausgabe eine Besprechung aus der Sicht eines Juristen gegenüberzustellen.

Das Buch will Fragen stellen, keine Antworten geben. Die Fragen kreisen um das Thema Schuld und Strafe. Psychiatrie wird am Ende als „Botschaft“ verstanden, dessen Forderung lautet, der Mensch möge „auf den Genuß verzichten, den Sündenbock zum Opfer seiner Vergeltungssucht zu machen“. Der Rezensent vermag zu den damit aufgestellten Thesen nicht Stellung zu nehmen. Er hält den Komplex Strafrecht, Strafurteil, Strafvollzug, von dem gesprochen wird, für einen gesellschaftlichen Abwehrmechanismus; er ist sich mit dem Verfasser aber darin einig, daß dieser Abwehrmechanismus nicht funktioniert. Strafrecht, wie es jetzt gehandhabt wird, bleibt wirkungslos und hat Folgen, die seinen Zwecken widersprechen; es ist unwirksam, ungerecht und teuer. Wer etwas ändern will, muß keine Botschaft verkünden. Es geht um einen besseren Schutz gegen schädliche Fehlleistungen — wie diese auch erklärt werden mögen —, nicht um eine Wiederbelebung des Satzes, alles verstehen, heiße alles verzeihen. Psychiatrie in ihrer neuen Form, wie *Menninger* sie betreibt und versteht, geht den Ursachen nach, die zu einer Fehlprogrammierung geführt haben (Diagnose als Analyse); sie verbindet die Frage nach einer Prognose mit der Frage nach einer Therapie. Therapie setzt die Möglichkeit verändernder Einwirkungen auf Menschen voraus. Ein Strafrecht — oder auch anders benanntes System von Abwehrmaßnahmen — stellt solche verändernden Einwirkungen in den Mittelpunkt, wenn es von einigen Fiktionen Abschied nimmt. Diese Fiktionen bestehen einerseits darin, daß Strafandrohungen als solche menschliches Verhalten wirksam beeinflussen (Generalprävention), andererseits darin, „Strafe“ als solche müsse zur Besserung führen (Spezialprävention). Ein verhäng-

nissvoller Teufelskreis, führt von der Straftat über die Verurteilung und über den Vollzug der Strafe zur neuen Straftat; Rückfalltäter stellen in den Strafanstalten das Hauptkontingent, ihre soziale Herkunft läßt Kriminalität zugleich als ein soziales Problem in Erscheinung treten. Wird Resozialisierung in den Mittelpunkt gesellschaftlicher Abwehrmaßnahmen gestellt, so muß auch Resozialisierung der Gesellschaft in die Planung einbezogen werden.

Menninger umschreibt dieses Problem mit Fragesätzen: Psychoanalytische Behandlung besteht zum großen Teil darin, dem Patienten seine Widerstände gegen heilende Einwirkungen bewußt zu machen und ihm die Gründe für den Verrat an sich selbst vor Augen zu führen. „Ließe sich vielleicht der kranke Organismus unserer Gesellschaft ähnlich behandeln? ... Worauf beruht die heimliche Zufriedenheit mit unserem gegenwärtigen System? Was wird insgeheim befürchtet? Und welcher schuldhafteste Wunsch versteckt sich hinter diesen Heimlichkeiten?“ Die „Sündenbock“-Hypothese lautet, die Verbrecher täten für uns das Verbotene, Gesetzwidrige, das wir selber gern tun möchten, und trügen die Last unserer Schuld und Strafe, die wir auf sie abgewälzt hätten. Mag man dem folgen oder nicht: Ein Ansatz zur konkreten Verbesserung unseres Systems ist hier kaum zu erkennen; *Menninger* schreibt selbst, bisher sei die Einsicht in solche Zusammenhänge von der Öffentlichkeit nicht akzeptiert worden. Daß dies künftig geschehen könnte, ist unwahrscheinlich. Soll es zu einer Reform kommen, so bedarf es anderer Wege. Die Untauglichkeit eines Systems wird nicht dadurch erwiesen, daß der Nachweis geführt wird, seine vermeintlichen Zwecke seien nicht seine wahren Zwecke, sondern dadurch, daß nachgewiesen wird, die eingesetzten Mittel seien nicht geeignet, die gesetzten Zwecke zu erreichen. Hinzutreten muß der Nachweis, daß die Zwecke mit anderen Mitteln erreichbar sind. Dafür gibt es Ansätze; ihnen geht *Menninger* nach, wenn auch nur mit Andeutungen und am Ende mit der Bemerkung, es besteht Anlaß zur Hoffnung.

Sein Buch beruht auf Erscheinungen und Erfahrungen in den Vereinigten Staaten. Seine Verbreitung in Deutschland ist nicht ganz ungefährlich. Strafrecht, Strafverfahren und Strafvollzug sind dort und hier sehr unterschiedlich gestaltet; der Eindruck ist möglich, es handele sich um einen Bericht, der uns nichts angehe.

Das wäre verkehrt; denn im Kern ist die Problematik die gleiche. Das zeigt sich vor allem am ambivalenten Verhältnis zwischen Juristen und Psychiatern, das einerseits als „Kalter Krieg“, andererseits als „Bündnis“ dargestellt wird; die Widersprüchlichkeit liegt in der Sache selbst. Der Grenzbereich, in dem zwei Methoden zusammenstoßen, wird nach deutschem Recht (§ 51 I StGB) mit den Worten charakterisiert, Bestrafung setzte voraus, daß der Täter fähig war, „das Unerlaubte der Tat

einzusehen“ und „nach dieser Einsicht zu handeln“. Konflikte, die in diesem Grenzbereich ausgetragen werden, betreffen etwas, was nicht feststellbar und nicht widerlegbar ist, die „Freiheit des Willens“ — letztlich ein Postulat. Ob wir auf dieses Postulat verzichten können, ist keine Frage, die von der Wissenschaft beantwortet werden kann. Wissenschaftlich geht es nicht um die Determination als solche, sondern um die Einwirkung auf Determinationen. Wollen wir das System untauglicher Abwehrmechanismen überwinden, so müssen wir von der Frage „warum ist dies geschehen?“ zu der Frage übergehen „wie ist dies künftig zu verhindern?“ Hier liegen die Aufgaben einer Psychiatrie, die sich nicht auf „Etikettiererei“ beschränkt, die den Menschen als Ganzes sieht und zugleich als ein gesellschaftlich geformtes und formbares Wesen. Die jetzt auch bei uns in Bewegung geratene Frage nach der Reform des Strafvollzuges zielt auf eine Beantwortung der zweiten Frage; daß sie nicht ohne Beantwortung der ersten Frage möglich ist, versteht sich von selbst. *Menniger* fordert eine „konstruktive soziale Haltung“: „Sie kann therapeutischen Charakter haben, sie kann in anderen Fällen Schranken errichten müssen, aber sie wird sich in ihrer gesamten sozialen Auswirkung als eine starke vorbeugende Kraft erweisen.“ Dem stimme ich zu; dem stimmen auch die Verfasser eines Entwurfs für ein Strafvollzugsgesetz zu, der kürzlich veröffentlicht worden ist. Es ist zu hoffen, daß dieses Buch Leser findet, die von der Notwendigkeit konstruktiver Änderungen überzeugt werden.

Anmerkung: Der Rezensent ist kein Fachmann; er ist weder Strafrechtswissenschaftler noch Psychiater. Vor etwa vierzig Jahren schrieb er in einer Strafrechtsübung einen schlecht benoteten Aufsatz über „Sinn und Zweck der Strafe“ — mehr als ihm damals einfiel, ist ihm seither nicht eingefallen.

Bogumil Maetzel, Bundesrichter

S. A. Barnett:

„Instinkt und Intelligenz, Rätsel des tierischen und menschlichen Verhaltens“

Lübbe, Bergisch-Gladbach, 1968, 315 Seiten, 16 Abb., 24,80 DM.

In den letzten Jahren sind zahlreiche Bücher im Bereich der Verhaltensforschung erschienen, da die Frage nach den Ursprüngen menschlichen Verhaltens sozialpolitische Bedeutung erhalten hat. Aus dem Wissen, wieweit der Mensch in seinen Antrieben im Instinkt wurzelt und wieweit er sein Verhalten im Laufe seiner Entwicklung erlernt hat, könnte eine Beeinflussung negativer Eigenschaften der Gesellschaft versucht werden.

Schon durch den Titel des neuesten Werkes des englischen Verhaltensforschers *S. A. Barnett* wird somit ein aktuelles Problem berührt. Zu fragen ist, worin er inmitten der zahlreichen Literatur über dieses Thema eine eigene Position einnimmt.

Im Unterschied zu anderen, wie auch zu *Konrad Lorenz*, vermeidet er

ungesicherte Theorien, die voreilig Untersuchungsergebnisse an Tieren auf den Menschen übertragen wollen. Er beschränkt sich auf die naturwissenschaftlichen Bereiche der Biologie, indem er sich auf empirisch gesicherte Experimente stützt und verzichtet auf umfassende Schlußfolgerungen, die sich auf anthropologische und sozialwissenschaftliche Fragen beziehen. Seine Ergebnisse werden so als Material verstanden, das als Ausgangspunkt für weitere Forschung dienen kann. Er bietet dabei eine Fülle von eigener Forschungsarbeit an, indem er im Vergleich zu menschlichem Verhalten nicht nur die höhere Tierwelt heranzieht, sondern das Blickfeld bis hin zu Würmern und Mollusken weitet. Er macht den Leser zunächst mit morphologischen und physiologischen Grundlagen bekannt, bevor er auf die Verhaltensphänomene zu sprechen kommt.

Es geht ihm um die Darstellung dessen, „was ist“, und er widerlegt damit oberflächliche Analogieschlüsse wie den von der „tierischen Natur“ des Menschen oder den von „menschlichen Reaktionen“ in der Tierwelt. Es gelang ihm, ein zugleich allgemeinverständliches und streng wissenschaftlich begründetes Werk ohne populäre Zugeständnisse zu schaffen.

Karin Ammon (Berlin)

Monique Laurendeau und Adrien Pinard:

The Development of the Concept of Space in the Child

International Universities Press, New York, 1970, 465 Seiten, ca. 43,— DM.

Laurendeau und Pinard, Professoren am Psychologischen Institut der Universität Montreal, Kanada, unternehmen es in ihrem recht umfangreichen Werk, die 1948 von J. Piaget und B. Inhelder aufgestellten Theorien über die Entwicklung von Raumvorstellungen bei Kindern mit großer experimenteller Gewissenhaftigkeit zu bestätigen. Die Autoren arbeiten mit fünf schon von Piaget und Inhelder angegebenen Tests, die sie modifizierten und auf eine große Zahl von Kindern anwenden (700 Kinder im Alter von 2 bis 12 Jahren).

Die Tests sind 1. Stereognostisches Erkennen von Objekten und Formen (es sind verschiedene Gegenstände zu ertasten und auf Abbildungen wiederzufinden), 2. Konstruktion einer geraden Projektionslinie (das Kind soll mit Laternenpfählen zwei Häuser in gerader Linie verbinden), 3. Lokalisation von topographischen Positionen (der Untersucher setzt verschiedene Gegenstände in eine Miniaturlandschaft, die Versuchsperson soll gleiche Gegenstände in gleiche Positionen bringen), 4. Konzepte von Links und Rechts (Unterscheidung von links und rechts an sich selbst, an anderen Personen, an Gegenständen), 5. Koordination von Perspektiven (das Kind soll die jeweilige räumliche Anordnung dreier Gegenstände, die sich aus der Perspektive einer ihre Position verändernden Spielzeugfigur ergibt, auf Abbildungen wiedererkennen, ohne daß es seine eigene Position verändert).

Den größten Raum des Buches nimmt die ausführliche Besprechung der Tests hinsichtlich ihres theoretischen Zusammenhangs, der Beschreibung, der Ergebnisse und der Analyse in Bezug auf Entwicklungsstadien ein.

Die Autoren finden als Resultat 1. den Ablauf der Entwicklung der Raumvorstellung in Stadien, 2. die Existenz initialer topologischer Strukturen (das Kind begreift zuerst einfache Relationen wie Nähe, Nachbarschaft, Kontinuität zweier Gegenstände) und 3. die Rolle des kognitiven Egozentrismus in der Entwicklung von Strukturen (das Kind kann in der Betrachtung der Umwelt nur seinen eigenen Standpunkt als Beziehungspunkt verwenden). Sie bleiben damit innerhalb der Theorien *Piagets* und diskutieren ihre an den kindlichen Raumvorstellungen gewonnenen Ergebnisse im Hinblick auf allgemeinere Aspekte der intellektuellen Entwicklung, z. B.: „In der Entwicklung von Raumkonzepten ist die egozentrische Einstellung regelmäßig genug, um anzunehmen, daß sie eine ursprüngliche und einheitliche Form geistiger Organisation wiedergibt.“ (S. 439)

Da die Arbeit auch auf allgemeinere Vorstellungen *Piagets* über die Entwicklung z. B. von Kausalität oder Intelligenz und deren experimenteller Kontrolle eingeht, ist sie lesenswert zur Vertiefung entwicklungspsychologischer Kenntnisse, wenn sie auch nicht über *Piaget* hinausgeht.

Mathias Hirsch (Berlin)

Ester Fischer-Homburger:

„*Hypochondrie. Melancholie bis Neurose: Krankheiten und Zustandsbilder*“

Hans-Huber-Verlag, Bern und Stuttgart, 1970, 152 Seiten, 23,— DM.

Sehr interessant für medizingeschichtlich Interessierte wird in diesem Buch die historische Weiterentwicklung der antiken Melancholie bis zu unserer modernen Neurosenanschauung beschrieben. Die Autorin legt dabei den Schwerpunkt auf Symptomatologie und Ätiologie der Hypochondrie, wie sie als Krankheitsbild zur Zeit der Aufklärung bestand.

Die antike Melancholie stellte ein Konglomerat aus Magen-Darm-Beschwerden, Herzirritationen, Schlaflosigkeit und Beeinträchtigung der geistigen Funktionen dar, deren Ursache in einer Überschwemmung des Körpers mit schwarzer Galle vermutet wurde. Nachdem in der Aufklärungszeit die Theorie der schwarzen Galle unhaltbar wurde, da ein solches Substrat nie gesehen war, suchte man das auslösende Übel im Bauch, in den Hypochondrien, d. h. im Magen, Milz, Darm, Gekröse und auch im Uterus. Das antike Melancholiebild ging in der Hypochondrie auf, nur die Ätiologie veränderte sich entsprechend dem naturwissenschaftlichen Entwicklungsstand. Erweitert und mit mehr Beachtung bedacht wurden die seelischen Störungen dieser Krankheit: Trieb zur Einsamkeit, Folterung unter einem fortwährenden Druck, Fülle von schmerz-

haften und ängstlichen Empfindungen, Fixierung auf verrückte Ideen, Traurigkeit usw. Im 18. Jahrhundert entwickelte sich die Hypochondrie zu einer Zivilisationskrankheit, die in England ihre Glanzzeit erlebte. Hypochondrisch-krank war jeder, der differenzierter, höher entwickelter, sensibler, intelligenter war, sie galt als Tribut, der für einen höheren Lebensstandard und ein anspruchsvolleres Leben zu zahlen war.

Als man sich zu fragen begann, was Hypochondrie eigentlich nicht sei, ob für alle Erscheinungen nur eine Störung in den Hypochondrien verantwortlich zu machen sei, wurde die Ätiologie fragwürdig. 1682 wurden bereits von dem Pionier *Sydenham* die hypochondrischen Organe und Säfte aus der Ätiologie weggelassen. *Sydenham* sah die „Verunordnung des spiritus animalis“ in der Hypochondrie an Nervensubstanz gebunden. Für *Sydenham* und *Blackmore* war die Hypochondrie Folge eines allzu feinen, zarten Baus der Nervenfasern und einer allzu feinen und flüchtigen Natur des spiritus animalis. Diese Erkenntnisse konkurrierten lange Zeit mit der Säftetheorie, dennoch waren sie schließlich ausschlaggebend für den Neurastheniebegriff — die zu schwachen Nerven — des 19. Jahrhunderts, der die Hypochondrie ablöste. Hier wurde die Säftetheorie fast vollständig aufgegeben und alles körperliche und seelisch krankhafte Geschehen an das vegetative Nervensystem gebunden gesehen. Zur Neurasthenie zählten als Neurosen die Cerebralirritationen, die Spinalirritation, die Hysterie. Getrennt davon nahm der Wahnsinn als Geisteskrankheit einen eigenen Platz ein. Die Ätiologie der Nervenkrankheiten, besonders der Hysterie, blieb aber nach wie vor unbefriedigend. Mit dem Aufkommen der Hypnose, mit Hilfe derer Neurosen geheilt werden konnten, entwickelte sich neben dem pathologisch-positiven Neurosekonzept ein pathologisch-negatives. 1883 publizierten *Breuer* und *Freud* gemeinsam einen Aufsatz über eine mögliche psychische Genese der Hysterie: Hysterische Patienten konnten in der Hypnose traumatische Erlebnisse erinnern, und die Reproduktion eines seinerzeit unterdrückten seelischen Affektes wirkte heilend. Damit war der Grundstein für die moderne Neurosenlehre gelegt.

Es wird in diesem Buch also die historische Entwicklung einer Krankheit von der Antike bis zur Gegenwart geschildert. Die Krankheit änderte ihre Namen und ihr Aussehen entsprechend der jeweils zu dieser Zeit herrschenden Lebensphilosophie und dem naturwissenschaftlichen Entwicklungsstand.

Das Buch ist wissenschaftlich gründlich fundiert, sauber und logisch aufgebaut, kritisch und klar in der Beweisführung, manchmal umständlich im Stil und trocken in der Darstellung; empfehlenswert für diejenigen, die sich an geschichtlicher Entwicklung medizinischer Begriffe und Krankheitsbilder in Bezug auf ihre Zeit gesehen interessieren.

Regine Schneider (Berlin)

Liste der eingetroffenen Bücher / Books Received

- Allport, G. W.* (1970): *Gestalt und Wachstum in der Persönlichkeit.* Übertragen und herausgegeben von Helmut von Bracken. (Meisenheim: Anton Hain)
- Balint, M.* (1970): *Therapeutische Aspekte der Regression. Die Theorie der Grundstörung.* (Stuttgart: Ernst Klett)
- Bättig, K.* (1970): *Psychologische Experimente in Psychiatrie, Hirnforschung und Industrie.* (Bern: Hans Huber)
- Barnett, S. A.* (1964): *Instinkt und Intelligenz.* (Bergisch-Gladbach: Gustav Lübbe)
- Battegay, R.* (1971): *Psychoanalytische Neurosenlehre. Eine Einführung.* (Bern: Hans Huber)
- Benda, C. E.* (1970): *Gewissen und Schuld.* (Stuttgart-New York: F. K. Schattauer)
- Berelson, B. und Steiner, G. A.* (1969): *Menschliches Verhalten. Grundlegende Ergebnisse empirischer Forschung. Deutschsprachige Bearbeitung von F. und F. Buggle. Band I: Forschungsmethoden / Individuelle Aspekte.* (Weinheim: Julius Beltz)
- Bibring, G. L.* (Hrsg.) (1968): *The Teaching of Dynamic Psychiatry. A Reappraisal of the Goals and Techniques in the Teaching of Psychoanalytic Psychiatry.* (Cambridge: Int. Univ. Press)
- Biermann, G.* (Hrsg.) (1969): *Handbuch der Kinderpsychotherapie. Band I und II.* (München/Basel: Ernst Reinhardt)
- Cleland, C. C. und Swartz, J. D.* (1969): *Mental Retardation: Approaches to Institutional Change.* (New York/London)
- Fisch, R.* (1970): *Konfliktmotivation und Examen. Band 18 der Reihe Psychologia Universalis.* (Meisenheim: Anton Hain)
- Fischer-Homberger, E.* (1970): *Hypochondrie. Melancholie bis Neurose: Krankheiten und Zustandsbilder* (Bern: Hans Huber)
- Foulkes, S. H. and Prince, G. S.* (1969): *Psychiatry in a Changing Society.* (London: Tavistock)
- Frank, J. D.* (1967): *Muß Krieg sein?* (Darmstadt: Verlag Darmstädter Blätter)
- Graber, G. H.* (1966): *Die Not des Lebens und ihre Überwindung. Zur Tiefenpsychologie des Geburtstraumas und der nachgeburtlichen Lebensgestaltung.* (Bern: Ardschuna)
- (1969): *Psychotherapie der Aggression. Tagungsvorträge der Berliner Arbeitskreise.* Hrsg. von G. H. Graber (Bern: Ardschuna)
- (1970): *Seelische Leiden und ihre Behandlung.* (München: Goldmann)
- (1970): *Ursprung, Einheit und Zwiespalt der Seele. Vor- und nachgeburtliche Entwicklung des Seelenlebens.* (München: Goldmann)
- Guntrip, H.* (1968): *Personality Structure And Human Interaction. The*

- Developing Synthesis of Psycho-dynamic Theory. Band 56 of The International Psycho-Analytic Library, ed. by John D. Sutherland. (London: Hogarth Press)
- Hayakawa, S. I.* (1967): Semantik. Sprache im Denken und Handeln. Aus dem Amerikanischen übersetzt und herausgegeben von Günther Schwarz. 3. Aufl. (Darmstadt: Verlag Darmstädter Blätter)
- (1969): Vom Umgang mit sich und Anderen. Aus dem Amerikanischen übersetzt von Günther Schwarz. (Darmstadt: Verlag Darmstädter Blätter)
- Jäger, A. O.* (1967): Dimensionen der Intelligenz. (Göttingen: Hogrefe)
- Jahrbuch der Psychoanalyse (1969): Beiträge zur Theorie und Praxis. Hrsg. von Käte Dräger, Edeltraud Meistermann et al., Band VI: Probleme der psychoanalytischen Technik. (Bern/Stuttgart/Wien: Hans Huber)
- Kalinowsky, L. B. und Hippus, H.* (1969): Pharmacological, Convulsive and Other Somatic Treatments In Psychiatry. (New York/London: Grune & Stratton)
- Laing, R. D.* (1969): The Divided Self. An Existential Study In Sanity And Madness. (London: Tavistock)
- (1969): Self And Others (London: Tavistock)
- Landis, B.* (1970): Ego Boundaries. Psychological Issues, Band IV. Nr. 4, Hrsg. George S. Klein. (New York: Int. Univ. Press)
- Laurendeau, M. and Pinard, A.* (1970): The Development of the Concept of Space in Child. (New York: Int. Univ. Press)
- Das Lebensproblem und die Krankheit (1970): Hrsg. vom Institut für Psychotherapie und Tiefenpsychologie e. V. (Stuttgart: Ernst Klett)
- Luft, J.* (1971): Einführung in die Gruppendynamik. Aus dem Amerikanischen übersetzt von Gudrun Theusner-Stampa. Texte für Gruppendynamik (Stuttgart: Klett)
- Moore, B. E. und Fine, B. D.* (Hrsg.) (1968): A Glossary of Psychoanalytic Terms and Concepts. (New York: The Am. Psychoanalytic Ass.)
- Rice, A. K.* (1971): Führung und Gruppe. Aus dem Englischen übersetzt von Wolf D. Helms (Teil I) und Wolfgang Krege (Teil II und III). Texte für Gruppendynamik. (Stuttgart: Klett)
- Schmalohr, E.* (1968): Frühe Mutterentbehrung bei Mensch und Tier. (Basel/München: Ernst Reinhardt)
- Schmidbauer, W.* (1971): Seele als Patient. (München: Piper)
- Seiss, R.*: Verhaltensforschung und Konfliktgeschehen. (Bern: Hans Huber)
- Selg, H.* Diagnostik der Aggressivität. (Göttingen: Hogrefe)
- Spangenberg, D.* (1969): Chancen der Gruppenpädagogik. (Weinheim: Beltz)

- Staehelin, B.* (1969): Haben und Sein. (Zürich: EVZ-Verlag)
- Thurner, F. und Tewes, U.* (1969): Der Kinder-Angst-Test (KAT). (Göttingen: Hogrefe)
- Tulipan, A. B. und Feldman, S.* (Hrsg.) (1969): Psychiatric Clinics In Transition. (New York: Brunner/Mazel)
- Wort und Wirklichkeit. Beiträge zur Allgemeinen Semantik. Hrsg. von S. I. Hayakawa. Aus dem Amerikanischen ausgewählt, übersetzt und herausgegeben von Günther Schwarz (Darmstadt: Verlag Darmstädter Blätter)

Hinweis

„Studiengemeinschaft für Pränatale Psychologie“

In Wien wurde am 26. Juli 1971 eine „Internationale Studiengemeinschaft für Pränatale Psychologie“ gegründet. Ziel und Aufgabe der Studiengemeinschaft ist der Austausch von Erfahrungen, Methoden und Erkenntnissen in der Erforschung des vorgeburtlichen Seelenlebens, das Studium ihrer wissenschaftlichen und praktischen Bedeutung für Psychologie, Medizin und Anthropologie und die Information der Fachwelt und der Allgemeinheit.

Zur Organisation der Studiengemeinschaft werden Länderarbeitsgruppen geplant und zwar in folgenden Ländern:

Schweiz:	Dr. G. H. Graber (Präsident der Studiengemeinschaft)
Österreich:	Prof. J. Caruso
Argentinien:	Dr. A. Raskovsky
BRD:	Dr. Dr. F. Kruse

Ferner ist geplant, eine Bestandsaufnahme der bisher erschienenen einschlägigen Literatur durchzuführen.

Anfragen sind zu richten an das Sekretariat: Dr. med. Dr. phil. Friedrich Kruse, 62 Wiesbaden, Stanleystraße 26, Tel. 0 61 21 / 7 49 04

G. H. Graber

Der Versandauflage dieser Ausgabe ist ein Prospekt des Ernst Reinhardt Verlages, München/Basel, beigelegt.